

Faculté de Médecine de Paris

Année 1892

THÈSE

N° 109

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 25 février 1892, à 1 heure

PAR

JOSEPH-MORAN-VINCENT PRENDERGAST

Docteur en médecine de l'Université royale de Dublin
Membre du Collège royal des médecins de Londres
Membre du Collège royal des chirurgiens d'Angleterre
Ancien interne de Guy's Hospital de Londres

ÉTUDE CLINIQUE

SUR LA SYPHILIS BRIGHTIQUE PRÉCOCE

Président : M. CHARCOT, professeur.

*Juges : MM. { CORNIL, professeur.
HUTINEL, A. ROBIN, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1892

Faculté de Médecine de Paris

109

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 25 février 1892, à 1 heure

PAR

JOSEPH-MORAN-VINCENT PRENDERGAST

Docteur en médecine de l'Université royale de Dublin
Membre du Collège royal des médecins de Londres
Membre du Collège royal des chirurgiens d'Angleterre
Ancien interne de Guy's Hospital de Londres

ÉTUDE CLINIQUE

SUR LA SYPHILIS BRIGHTIQUE PRÉCOCE

Président : M. CHARCOT, professeur.

*Juges : MM. } CORNIL, professeur.
 } HUTINEL, A. ROBIN, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Docteurs	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TILLAUX.
Pharmacologie.	N.
Thérapeutique et matière médicale.	HAYEM.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	G. SÉE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et REGNAULD.

Agrégés en exercice

MM. BALLET	MM. FAUCONNIER	MM. NÉLATON	MM. RIBEMONT
BAR	GILBERT	NETTER	DESSAIGNES
BLANCHARD	GLEY	POIRIER, chef	RICARD
BRISAUD	HANOT	des travaux	ROBIN (Albert)
BRUN	HUTINEL	anatomiques	SCHWARTZ
CAMPENON	JALAGUIER	POUCHET	SEGOND
CHANTEMESSE	KIRMISSON	QUENU	TUFFIER
CHAUFFARD	LETULLE	QUINQUAUD	VILLEJEAN
DEJERINE	MARIE	BETTERER	WEISS
	MAYGRIER	REYNIER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON CHER AMI

DACRE DU CANE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554021_0039

A NOTRE CHER MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHARCOT

Membre de l'Institut
Professeur à la Faculté de médecine
Commandeur de la Légion d'honneur
etc., etc.

*Que ses travaux distingués sur la Pathologie viscérale et
ses superbes recherches neuropathologiques placent parmi les
hommes dont on peut dire comme de Shakespeare*

« Not of an age but for all time »

*En admiration de ses grands talents et en souvenir fidèle et
reconnaissant de sa bonté constante, de ses sages conseils de
son appui généreux et puissant.*

ÉTUDE CLINIQUE

SUR

LA SYPHILIS BRIGHTIQUE PRÉCOCE

INTRODUCTION

« Tout fait pouvant nous renseigner sur les localisations
« viscérales de la syphilis mérite d'être relevé et enregistré
« avec soin, car le diagnostic de pareilles localisations, fait
« à propos, nous permet de guérir des lésions, qui, développées
« sous l'influence d'autres causes, restent souvent
« incurables et échappent à nos moyens d'action. Or, il est
« devenu de plus en plus évident, que, sous une forme aiguë

« ou chronique, la syphilis est capable de reproduire tous
« les syndromes cliniques du cadre pathologique (1).

Nous nous sommes proposé d'apporter une pierre à ce vaste édifice des manifestations viscérales de la syphilis, en étudiant plus particulièrement au point de vue clinique, le mal de Bright, reconnaissant pour cause directe la syphilis. Nous n'avons pas la prétention d'étudier complètement la syphilis rénale. En effet, cette maladie, dans le rein, comme dans les autres organes, peut affecter différentes formes; nous bornerons notre étude à la syphilis causant une néphrite; nous nous efforcerons de démontrer que ces néphrites peuvent être diagnostiquées presque sûrement et différenciées des néphrites vulgaires.

On a pu protester, il y a quelque 20 ans, disent Lecorché et Talamon, contre cette annexion de la pathologie tout entière à la syphilis, et accuser les syphiligraphes d'exagération. Qui oserait essayer aujourd'hui de limiter le champ pathogénique de la syphilis ?

L'hésitation existe cependant encore dans certains esprits, sinon au point de vue du diagnostic, au moins au point de vue de l'utilité du traitement spécifique, en présence de cas semblables à ceux qui vont nous occuper. C'est pourquoi il est utile de publier les faits de ce genre pour montrer que partout et toujours, quel que soit l'organe affecté, le diagnostic de la syphilis doit toujours être appuyé par l'emploi énergique du traitement mercuriel.

1. Lecorché et Talamon. *Syphilis brightique précoce*. Médecine moderne, sept. 1891, n. 27.

Dans leur livre sur la maladie de Bright, MM. Lecorché et Talamon ont admis avec le professeur Fournier, et d'après les faits rapportés par Perraud, Descouts, Drysdale, Wagner Barthélémy, Négel, Mauriac et d'autres encore, l'existence d'une néphrite aiguë syphilitique contemporaine de la syphilis secondaire et attribuable à l'action directe sur le rein du poison syphilitique. Cette néphrite précoce n'est pas absolument classique et de notion courante.

Un certain nombre d'auteurs ne voient autre chose dans ces faits qu'une simple coïncidence, et dans son *Traité des maladies des reins* publié en 1885, Roberts se range à cette opinion, considérant comme douteux que la syphilis puisse produire une néphrite aiguë (1). Il admet simplement avec tout le monde la néphrite syphilitique tertiaire avec dégénérescence amyloïde.

C'est là, du reste, un vestige de l'opinion ancienne qui divisait l'évolution de la syphilis en périodes bien tranchées, et qui croyait que l'infection spécifique ne peut atteindre les viscères et les parenchymes qu'à la période tertiaire ou quaternaire. Cette manière de voir n'est pas soutenable ; précoce ou tardive, secondaire ou tertiaire, la syphilis peut porter son action à tous les moments de son évolution, aussi bien sur les organes profonds que sur la peau ou les muqueuses. Ce qui est reconnu vrai, pour le cerveau, la moëlle ou le foie, l'est aussi pour le rein, et il existe une syphilis brightique contemporaine des premières phases de l'infection, au

1. Roberts. *Urinary and renal diseases*, 1885, p. 608.

même titre qu'il existe une syphilis cérébrale ou médullaire précoce.

M. Mauriac (1) a réuni dans son livre sur la syphilis tertiaire la plupart des faits nombreux déjà publiés par différents auteurs. Il ajoute à ces observations des faits personnels que nous publions plus loin et qui présentent un intérêt très considérable.

C'est donc un nouveau jalon que nous voulons poser pour l'étude clinique de ces néphropathies syphilitiques précoces. Nous nous proposons de nous borner ainsi à l'étude de l'étiologie, des signes, du diagnostic et du traitement, laissant systématiquement de côté l'étude anatomo-pathologique des lésions que l'on a remarquées dans ces cas. Cela nous entraînerait du reste trop loin. Nous ferons précéder les différents chapitres de cette étude, de quelques mots d'historique et de considérations générales sur le sujet, qui montrent le point où en est la question.

Mais avant d'entrer dans notre sujet, qu'il nous soit permis d'adresser nos remerciements et l'expression de notre reconnaissance, aux maîtres qui ont dirigé nos études, et auprès de qui nous avons toujours trouvé un appui bienveillant.

En premier lieu, M. le professeur Charcot, qui nous donne encore une nouvelle preuve de sympathie, en nous faisant l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, Sir Andrew

1. Mauriac. *Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire*, 1890, p. 285 et suivantes.

Clark, président du Collège Royal des médecins de Londres, MM. les Drs Samuel Wilks, Pye-Smith, Howse et les regrettés Hilton-Fagge et Moxon de Guy's Hospital de Londres. MM. les Drs Albert Robin et Ribemont-Dessaignes professeurs agrégés de la Faculté de Médecine de Paris.

Nous ne voulons pas oublier notre ami, le Dr Bouffe de Saint-Blaise, dont le concours nous a été très précieux dans la rédaction de cette thèse.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE.

« Je me rappelle, dit Mauriac, que l'année qui précéda sa mort, dans une consultation que j'eus avec Rayer, au sujet d'un jeune homme atteint de tuberculose pulmonaire, mais dont l'abdomen était volumineux, tendu et douloureux, il explora soigneusement le foie et la rate, examina les urines et poussa très loin son enquête dans le sens d'une ancienne affection syphilitique qui aurait envahi depuis plus ou moins longtemps les reins ou les viscères des hypocondres. Il me disait que c'était là un côté de la pathologie abdominale, trop négligée, et] que maintes fois, il avait soupçonné et diagnostiqué, au grand bénéfice du malade, une teinte spécifique dans des engorgements viscéraux vagues, méconnus, et dont on ne se donnait pas la peine de rechercher la cause constitutionnelle. »

Il est certain que parmi les déterminations viscérales de la syphilis, celles qui s'effectuent sur les reins sont moins

exceptionnelles qu'on ne le supposait autrefois. Elles n'ont été sérieusement étudiées que de nos jours. C'est à l'auteur dont nous parlions tout à l'heure, à Rayet, que revient le mérite de les avoir découvertes.

« J'ai vu des cas, dit-il, où l'influence de l'affection vénérienne constitutionnelle, m'a paru si frappante que je n'ai pas hésité à attribuer, au moins en grande partie, le développement de la maladie des reins, à la cachexie vénérienne. »

En même temps que Rayet éveillait avec tant de raison l'attention sur les complications et les manifestations de la syphilis constitutionnelle, il faisait remarquer avec raison toutes les difficultés qu'on éprouve à démêler, au milieu des causes si nombreuses qui président au développement de la néphrite albumineuse, celles qui procèdent directement de la diathèse syphilitique. Ceux des anciens auteurs qui s'occupèrent des maladies syphilitiques n'avaient aucune idée des néphropathies qui en dérivent. Astruc ne les fait même pas figurer parmi les nombreuses hypothèses qu'il envisage sur les lésions internes de la syphilis constitutionnelle. Du reste, il lui aurait été presque impossible de ne pas les méconnaître, car elles ne se révèlent d'une façon nette que par l'analyse des urines, et la valeur séméiotique de l'albuminurie n'était pas encore établie.

La question est donc relativement récente ; en Angleterre où la goutte et les maladies des reins sont si communes, et où ces affections ont fait naître des travaux si remarquables et si complets, Blackall, Grégory et Wells avaient observé les premiers les altérations des reins dans le cours de la syphi-

lis, mais ils les attribuaient à l'action du mercure employé pour le traitement de celle-ci.

Nous verrons tout à l'heure qu'il est bien facile de répondre à cette objection.

Frerichs, tout en reconnaissant que les syphilitiques sont quelquefois atteints d'albuminurie, ne croit pas que la diathèse agisse directement sur les organes, comme elle agit par exemple sur les os et le foie. Pour lui, la syphilis ne contribuerait au développement de la maladie de Bright, que comme cachexie.

Voici rapidement énoncés le nom et les opinions des pathologistes qui ont traité ce sujet :

En première ligne, après Rayer, il nous faut citer Lanceaux et Cornil qui a publié des travaux si remarquables sur les maladies des reins et sur l'albuminurie, soit dans des mémoires particuliers, soit dans ses études sur la pathologie du rein, faites en collaboration avec le D^r Brault.

Les autres documents cliniques et anatomo-pathologiques se trouvent dans les travaux de MM. Virchow, Lallier, Engel, Finger, Jacksch, Tungel, Guiol, Thouvenel, Coupland, Wagner, etc., etc.

Jusqu'en 1879, on croyait encore que les lésions des reins ne se produisaient qu'aux périodes les plus avancées de la syphilis ; et par conséquent on n'avait décrit que des lésions d'ordre tertiaire.

Cependant dans son livre sur la syphilis tertiaire, Mauriac nous dit que dès l'année 1869 son attention avait été éveillée par l'étude d'un malade qui avait été pris d'une albumi-

nurie très grave, pendant la période virulente de la syphilis, à une époque très rapprochée de l'accident primitif.

M. Perroud, professeur à la faculté de Lyon, publia en 1867 deux observations d'albuminurie syphilitique précoce : la première est l'histoire d'un vieillard chez qui le passage de l'albumine dans les urines, avait été probablement favorisé par une altération sénile des artérioles rénales ; le second cas est celui d'une jeune fille qui, il est vrai, avait eu un refroidissement ; et cette circonstance n'avait pas été sans doute sans influence sur la production de la maladie.

En 1879, M. Drysdale, de Londres, publia un travail sur la syphilis rénale, dans laquelle il dit qu'il lui est arrivé assez fréquemment de la rencontrer pendant la première phase de la maladie constitutionnelle.

En 1878, M. Descout étudia très minutieusement un cas de syphilis rénale très précoce ; puisque les chancres infectants s'étaient déclarés le 20 avril, et que le 13 juin, cinquante-trois jours après, par conséquent, les urines étaient déjà coagulables et contenaient une quantité énorme d'albumine. La description détaillée de ce cas très intéressant se trouve dans la thèse de M. Descout : *De l'albuminurie survenant dans le cours des accidents secondaires de la syphilis*. Nous en donnons plus loin le résumé succinct.

C'est ainsi que petit à petit de nombreux documents furent publiés sur la question ; ils furent réunis dans plusieurs monographies, dont la meilleure et la plus complète est la thèse de M. Negel, parue en 1882 (*De la syphilis rénale*, par Vassil, L. Negel, Th. Paris, 1882). Ce mémoire, comme

son titre l'indique, traite de tous les accidents syphilitiques survenant dans l'appareil du rein : accidents précoces, accidents tardifs, néphrites, gommés, etc. Cependant l'auteur s'est étendu plus particulièrement sur la néphrite précoce, survenant dans ce qu'on est convenu d'appeler la période secondaire de la syphilis, et la plupart de ses observations en relatent des cas intéressants.

CHAPITRE II

LES NÉPHROPATHIES SYPHILITIKES PRÉCOCES SONT-ELLES FRÉQUENTES, ET PEUVENT-ELLES ÊTRE IMPUTÉES AU TRAITEMENT

Il n'existe pas de statistique sur ce sujet ; on ne peut donc se risquer à donner des chiffres et dire : sur tant d'accidents syphilitiques rénaux, il y a tant d'accidents précoces. Ce qu'il y a de certain, c'est que les néphropathies syphilitiques précoces sont rares. C'est du moins l'opinion de la plupart des auteurs et en particulier de Mauriac.

En 1885 Guntz (*Mémorabilien*, 1885-Hept-7) s'est élevé contre l'abus des cures mercurielles. Déjà, dit-il, la mortalité à 3,5 pour 100 qui s'observe pendant les cures, et la proportion de 62 pour 100 de récidives, après guérison apparente, signalent le danger et l'inutilité du mercure. Cette mortalité à 3,5 pour 100 est formellement contestée par Mauriac ; quant à la fréquence des récidives, elle n'est qu'un argument sans valeur. Mais la discussion de ces affirmations ne rentre pas dans notre sujet ; il nous faut seulement discuter

une troisième affirmation qui est la fréquence des maladies des reins, chez les syphilitiques traités par des préparations hydrargyriques.

« Il y a dans cette proportion, dit Mauriac, une erreur manifeste. Voilà dix-huit ans que je traite par le mercure, dès l'apparition du chancre, un nombre immense de syphilitiques, dont je suis le plus grand nombre, pendant toute la phase des accidents secondaires. Eh bien je déclare formellement que les reins, chez eux, n'ont été touchés, d'une manière évidente, que dans une proportion extrêmement faible, et presque insignifiante. Et c'est à ce point, que je ne fais presque pas entrer en ligne de compte l'éventualité d'une pareille détermination dans la question de pronostic final.

M. Güntz prétend qu'il a fouillé les procès-verbaux d'autopsies d'une foule de syphilitiques, et qu'il a découvert, que chaque fois que le malade avait été soumis à un traitement mercuriel, il y avait « dégénérescence du rein sous une forme ou sous une autre ». Il a également passé en revue les comptes-rendus et les statistiques des hôpitaux, et il a constaté que la « néphrite est signalée dans plus de la moitié des cas ». La néphrite et la dégénérescence graisseuse si fréquente, devraient faire exclure, selon lui, le mercure, du traitement de la syphilis, dans la plupart des cas. Toujours selon M. Güntz, le traitement mercuriel, ne serait pas applicable, à 10 pour 100 des syphilitiques, à cause de la coexistence d'une affection rénale antérieure, à 20 pour 100 à cause de la coexistence d'une tuberculose, enfin à 40 pour

100 correspondant aux cas qui guérissent spontanément ou sous l'influence d'un traitement non mercuriel. Donc la cure mercurielle serait dangereuse ou inutile dans 70 cas sur 100.

Il est bien certain qu'en France et en Angleterre les choses ne sont pas ainsi. Si les complications rénales syphilitiques ou mercurielles étaient aussi fréquentes il est impossible qu'elles aient ainsi passé inaperçues, et que tous les observateurs les aient ainsi unanimement laissé échapper. Et pourtant en Angleterre en particulier, les maladies des reins ont été parfaitement étudiées ; et aucun auteur n'a découvert ce fait si considérable.

Il est certain que les théories de M. Güntz sur l'action chimique du mercure sur le rein, l'ont entraîné beaucoup trop loin à des affirmations non suffisamment basées sur l'observation. D'après lui, le mercure activerait la transformation de l'albumine des tissus en graisse et provoquerait l'accumulation de celle-ci dans les organes. Cela n'est du reste pas suffisamment démontré, et le fait est contredit par des chimistes éminents.

Du reste, on a vu l'albuminurie syphilitique disparaître souvent, sous l'influence du traitement mercuriel ; cela est un argument sérieux ; il est certain, en effet, que si les reins, quand ils sont sains, sont facilement rendus malades par le mercure, à plus forte raison quand ils sont déjà malades antérieurement, le mercure devrait aggraver leur état, et non pas les guérir. M. Güntz reconnaît ce fait, et il l'explique en disant que dans ces cas il ne s'agissait pas d'une

néphrite, mais de gommages des reins qui ont guéri sous l'influence du traitement mercuriel.

Cependant il est juste d'ajouter que le traitement mercuriel, tel qu'on l'explique en Allemagne par les frictions et les injections sous-cutanées de sublimé, peut être souvent nuisible. Mais en France personne ne suit cette méthode de traitement. Du reste, en général, en France et en Angleterre, on associe au mercure l'iodure de potassium qui facilite son élimination.

Ensuite Rayer répond justement à ces auteurs, que lorsqu'on administre les préparations mercurielles contre les premiers accidents de la syphilis, elles ne rendent point les urines albumineuses, et que chez les individus qui sont réellement intoxiqués par le mercure, comme les doreurs et les miroitiers par exemple, ceux-ci sont atteints de tremblements et des autres symptômes de l'empoisonnement hydrargyrique, mais ne présentent jamais ni œdèmes généralisés ni urines coagulables.

C'est également l'avis de Tommasoli Pierleone (de Rome) dans une excellente étude qu'il fit : *Sulla siphilide dei reni*, dans *Arch. Ital. Oli clini med.*, XXVII, d'avril 1888.

Roberts (1) dans son ouvrage émet la même opinion.

Nous sommes donc autorisés à terminer ce chapitre comme nous l'avons commencé en disant que les néphropathies secondaires sont très rares, et nous ajouterons que quand elles se produisent il n'y a aucune raison de les attribuer à l'emploi du mercure.

1. Roberts. *Urinary. and Renal Diseases*, p. 419.

Il faut aussi remarquer que dans les cas qui nous occupent les accidents sont précoces ; l'organisme n'a donc pas eu le temps d'être intoxiqué par le mercure. Bien plus, dans certains cas que nous publions, les malades n'avaient pas encore pris de mercure, avant d'être devenus malades.

Entrons maintenant dans l'étude clinique proprement dite de la maladie que nous étudions ; et faisons entrevoir successivement, dans des chapitres séparés, les détails intéressants que peuvent nous présenter les signes, la marche, les terminaisons, les complications, le pronostic, le diagnostic et le traitement.

CHAPITRE III

SYMPTÔMES.

Au début de ce chapitre, il nous faut dire ce que l'on est convenu d'appeler néphropathies syphilitiques précoces. En général, la maladie qui nous occupe ne débute pas avant le troisième mois qui suit l'accident primitif. On en a vu un exemple débiter cinquante-trois jours après cet accident, mais cela est tout à fait exceptionnel. En un mot une néphropathie sera dite précoce, quand elle surviendra pendant la période secondaire ; se différenciant ainsi nettement de la syphilis rénale tertiaire, si souvent accompagnée de syphilis hépatique et splénique.

L'albuminurie qui se développe dans le cours de la syphilis à n'importe quelle période ne diffère pas comme symptômes de celle qui est déterminée par d'autres causes. Les troubles fonctionnels font défaut dans un grand nombre de cas, ou bien ils se confondent avec ceux de la syphilis hépatosplénique qui accompagne le plus souvent la syphilis rénale.

Cependant l'albumine existe dans les urines, le plus souvent à des doses formidables, on peut constater sa présence et c'est même par là dans le plus grand nombre des cas que l'on arrive à diagnostiquer la détermination de la syphilis sur les reins.

L'œdème et l'anasarque existent presque toujours ; cependant, comme dans la maladie de Bright ordinaire, l'épanchement de sérosité dans le tissu cellulaire peut faire complètement défaut. Mauriac en rapporte un exemple intéressant : « J'en ai vu, dit-il, un exemple chez un de mes amis, qui souffrait depuis plusieurs mois, de troubles généraux vagues, et de symptômes gastriques, semblables à ceux d'un embarras chronique de l'estomac. Rien ne révélait chez lui l'existence d'une affection aussi grave que le mal de Bright. Il n'existait pas trace d'œdème sur n'importe quelle partie du corps. Un jour j'examinai les urines, pensant y découvrir du sucre. Quel ne fut pas mon étonnement, quand je constatai qu'elles se solidifiaient par l'acide nitrique, tant elles contenaient d'albumine. Le malade quitta Paris le lendemain du jour où je fis cette découverte, et alla à Bordeaux. Trois jours après son arrivée il fut emporté en 36 ou 48 heures, par une encéphalopathie urémique. »

Le début des accidents brightiques syphilitiques est donc en général inattendu et insidieux. Il n'est annoncé, en général, par aucun prodrome. Comme pour les néphrites en général, les malades s'aperçoivent que certaines parties du corps présentent un engorgement, une dureté, un œdème plus ou moins considérable ; cet œdème n'est pas constant,

il augmente, diminue, disparaît, revient, sans cause appréciable. Puis il se généralise et s'établit d'une façon durable, et dès lors l'attention est éveillée sur une lésion des reins. Ou bien l'attention est attirée d'abord, par des altérations sensibles des urines. Altérations qui peuvent précéder l'œdème : Ces altérations consistent, dans une réaction acide, et dans un dépôt considérable de sédiments. Elles sont rosées et même quelquefois sanguinolentes ou d'autres fois pâles.

Leur quantité est très variable ; en général, elle est peut être augmentée. La polyurie n'est pas la règle.

Enfin elles présentent toutes les réactions habituelles des urines albumineuses.

Mais la quantité d'albumine est des plus variables, quoique, en général, elle soit considérable.

Au microscope on y a constaté des globules du sang en nombre quelquefois énorme, quelques cristaux, des cellules épithéliales et un grand nombre de cylindres granuleux. Dans un cas, même, M. Negel a vu des microbes mobiles semblables à ceux que l'on y rencontre dans la pneumonie et la diphtérie. Mais ce fait est isolé.

Welander (1) (*Nord. med. Arkin.*, XXIII, 29) a trouvé fréquemment dans l'urine de ces malades, des cylindres hyalins ou granuleux ; mais ceux-ci par exception. Il constate que le mercure quand on le donne à doses massives, comme on le fait en Allemagne, donne souvent naissance à de la cylin-

1. Albuminurie et cylindrurie pendant la syphilis et le traitement mercuriel.

drurie. Nous ne reprendrons pas la discussion de ces affirmations quoique cet auteur donne moins de gravité à l'affection et reconnaisse qu'elle guérit en général facilement.

Dans certains cas cependant il existe quelques prodromes tels qu'un léger mouvement de fièvre, avec malaise. Courbatures, troubles digestifs et surtout douleurs lombaires sourdes, unies ou bilatérales.

Ces prodromes existent surtout dans la forme aiguë ou subaiguë, mais dans les formes chroniques d'emblée qui sont peut-être les plus communes, les troubles généraux sont nuls au début, et n'arrivent que plus tard. Petit à petit les malades pâlisent, s'anémient, ils s'amaigrissent et perdent leurs forces, et surtout quand l'œdème vient à disparaître, la maigreur squelettique des membres, jusque-là voilée par l'épanchement de sérosité, jette les malades dans la stupeur.

Puis l'estomac et le tube digestif fonctionnent de plus en plus mal. Presque tous les malades perdent l'appétit, ont des nausées, des vomissements, des crampes d'estomac, de la diarrhée ou de la constipation suivie de débâcles fatigantes.

La céphalalgie est quelquefois intense au début. Quand elle persiste il faut craindre l'arrivée d'accidents urémiques.

En effet, l'albuminurie syphilitique peut se compliquer d'urémie comme le mal de Bright vulgaire : « Dans le cas d'un
« malade, dit M. Lancereaux, qui seulement deux ans plus
« tôt avait été traité à l'hôpital du Midi pour une éruption
« syphilitique, la mort fit suite à un coma de courte durée ;
« la seule lésion, qui vint expliquer un pareil dénouement,
« fut une néphrite avec dégénérescence amyloïde. »

Toutes les formes de l'intoxication urémique peuvent se produire dans les néphropathies syphilitiques précoces. Ces phénomènes urémiques ne se distinguent en rien de ceux qui compliquent le mal de Bright vulgaire.

On verra dans quelques observations que certains malades ont été atteints d'amblyopie, d'assoupissement, et de coma.

Les complications les plus à craindre sont les bronchites et l'œdème des poumons, l'hydrothorax et les troubles gastro-intestinaux, en dehors de l'urémie.

La *marche* de la maladie présente de très grandes variétés. Quelquefois le processus est continu avec les trois périodes d'augment, d'état et de déclin ; mais presque toujours il y a des intermittences tranchées de bien et de mal (Obs. V) ; des guérisons apparentes suivies de rechutes et des améliorations inattendues.

Il existe une forme franchement aiguë ; mais elle est très rare.

La forme chronique d'emblée est la plus fréquente, et quand le début a été aigu elle finit en général par dominer. Il est évident que le traitement spécifique, quand il est toléré, modifie considérablement cette marche. Et dans ce cas, un à trois mois de traitement suffisent pour amener la guérison. Mais souvent malgré ce traitement l'albuminurie persiste très longtemps, même après la disparition de tout symptôme général.

Dans le cas où la mort survient à la suite de coma, elle ne survient pas par le fait seul de l'encéphalopathie urémique. Elle est la conséquence presque toujours de complications

pulmonaires ou intestinales. Dans l'observation VIII la pleurésie et l'hydropisie du péritoine faillirent emporter le malade à plusieurs reprises. Dans l'observation IV la mort survint par œdème de la glotte.

En général, la mort arrive à la suite de l'une des complications que nous avons énumérées tout à l'heure.

Mais hâtons-nous de dire que ces cas graves terminés fatalement sont une rare exception.

PRONOSTIC

Ainsi que doit nous le faire penser les pages qui précèdent, le pronostic doit toujours être réservé; car si une issue funeste n'est pas en général à craindre immédiatement, souvent la maladie laisse des traces indélébiles; le plus souvent le traitement améliore la maladie; mais il serait intéressant de savoir ce que les néphrites secondaires regardées comme guéries, deviendront dans un temps plus ou moins éloigné. Le plus souvent le malade est perdu de vue même avant d'être complètement guéri.

L'albumine persiste donc souvent dans les urines longtemps après la guérison des autres phénomènes de la néphropathie. Mais cela ne doit pas inquiéter outre mesure. Les faits paraissent en effet le démontrer (Obs. 7).

En résumé, le pronostic qui doit toujours être sérieux à cause de la possibilité des accidents urémiques est en général peu grave.

Le point important, et sur lequel il faut insister à propos de l'observation de MM. Lecorché et Talamon, c'est la curabilité de cette variété syphilitique du mal de Bright, et sa curabilité par le traitement mercuriel seul. Cette curabilité est attestée par un assez grand nombre de faits, que M. Mauriac a résumés dans son livre et que nous citons également à la fin de ce mémoire. Mais la guérison dans tous ces faits ne peut être considérée comme absolue. Les malades ont été perdus de vue au bout d'un temps plus ou moins long ; ils étaient guéris de leurs accidents proprement brightiques, mais leur urine contenait toujours de l'albumine.

Dans les deux cas qui ont été suivis le plus longtemps (Mauriac) l'un 16 mois, l'autre quatre ans et demi, les malades avaient toutes les apparences de la bonne santé, mais les urines restaient toujours légèrement albumineuses.

Ces guérisons ne sont donc que relatives ou fonctionnelles comme Lecorché et Talamon ont proposé de les appeler ; il y a rétablissement de l'équilibre fonctionnel du rein ; il n'y a pas guérison au sens propre du mot ; la lésion est compensée, mais le malade n'est pas guéri. Un jour ou l'autre, il est exposé à la rupture de cet équilibre cardio-rénal qui assure pour un temps la sécrétion normale de l'urine.

Pour qu'il y ait guérison complète, absolue ou anatomique

du mal de Bright, MM. Lecorché et Talamon ont posé les conditions suivantes. Il faut :

1° Que l'albuminurie disparaisse complètement.

2° Que la polyurie critique ne persiste pas et que l'excrétion de l'eau redevienne normale.

3° Que la proportion des principes constituants, urée, sels et matériaux organiques, remonte presque au taux physiologique.

4° Que le cœur ne s'hypertrophie pas.

5° Que ces conditions persistent pendant plusieurs années :

Ces caractères étant réunis et constatés deux ans, par exemple, à la suite d'un mal de Bright aigu, on est en droit de penser que le processus histologique est enrayé et arrêté, et qu'à l'inflammation aiguë du parenchyme, n'a pas succédé la rétraction lente qui aboutit à l'atrophie chronique de l'organe.

Le malade de l'observation II peut-il être donné comme un exemple de guérison absolue et anatomique ?

Il répond en tous cas, aux conditions posées ; car trois ans se sont écoulés depuis la disparition des accidents brightiques, et non seulement le sujet a une santé générale parfaite, mais l'albuminurie n'a jamais reparu, le cœur est normal, et l'urine au point de vue de la qualité, comme de la quantité, présente tous les caractères de l'urine physiologique.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC.

Sans doute, il n'est pas toujours facile, dans la pratique, d'établir nettement, chez les syphilitiques qui deviennent albuminuriques, la liaison qui rattache l'affection rénale à la maladie générale ; mais il y a des cas cependant où en l'absence de toute autre influence étiologique, il est impossible de n'être pas frappé par les rapports étroits qui les unissent.

Ici, de même que dans toutes les déterminations syphilitiques des autres organes, la cause constitutionnelle, apparaît d'autant plus évidente, que le phénomène se produit plus près de l'accident primitif et encore dans la période virulente.

Le fait suivant, qu'ont publié MM. Talamon et Lecorché, et dont nous avons déjà parlé, a inspiré à ces auteurs des réflexions qui nous semblent résumer la question ; nous nous permettons d'emprunter à cette étude ses arguments. Voici le résumé de cette observation que nous publions plus loin *in extenso*.

Un homme de 28 ans, ayant eu un chancre induré suivi de roséole, de plaques muqueuses dans la gorge et de syphilides palmaires, est pris, au huitième mois de sa syphilis, de phénomènes brightiques, caractérisés par de l'anasarque, de l'oppression, avec palpitations, de la céphalée et de l'insomnie, des douleurs lombaires et une albuminurie abondante atteignant jusqu'à 19 grammes d'albumine par litre. Ces phénomènes coïncident avec la réapparition des syphilides palmaires et des plaques muqueuses de la bouche.

Une tentative de traitement antiphlogistique, ventouses scarifiées, régime lacté, alcalins, n'amène qu'une aggravation des accidents et une augmentation considérable de l'albuminurie. On soumet alors le malade au traitement mercuriel pur, frictions quotidiennes avec 4 grammes d'onguent napolitain.

Ce traitement est continué pendant 4 mois ; à partir de ce moment l'œdème disparaît peu à peu et le taux de l'albumine baisse progressivement.

Au commencement du quatrième mois, on essaya d'interrompre les frictions ; la quantité d'albumine remonte progressivement et immédiatement de 1 gr. 70 à 6 et 9 grammes par litre. La reprise du traitement mercuriel le fait retomber en 5 jours à 50 centigrammes pour 1000, puis à 25, 20, 15 centigrammes par litre. L'albumine disparaît complètement à la fin du cinquième mois, et depuis trois ans le malade n'a pas présenté le moindre accident qui puisse faire douter de la guérison complète de ses lésions viscérales.

En présence d'une évolution aussi régulière et aussi nette,

on ne peut sérieusement discuter l'hypothèse d'une simple coïncidence. Si au lieu de phénomènes brightiques, le malade avait présenté au cours de sa syphilis secondaire des accidents cérébraux ainsi modifiés et guéris par le traitement spécifique, personne ne songerait à émettre le moindre doute, sur la filiation des effets à la cause. Il n'y a absolument aucun motif sérieux de raisonner pour le rein autrement que pour le cerveau.

S'agit-il d'une néphrite mercurielle. Le malade a pris pendant deux mois 16 centigrammes de bi-iodure de mercure en sirop, et pendant deux autres mois plus d'un gramme et demi de bichlorure en pilules. Nous ne contestons pas l'action toxique du mercure sur les reins, ni l'albuminurie mercurielle, signalée déjà par Wells et Blackall. Rayer l'a niée à tort. Mais de là à croire avec Guntz (1), que le traitement mercuriel est une cause habituelle de néphrite chez les syphilitiques, il y a loin, et Mauriac a fait justice avec raison des exagérations de cet auteur. Furbinger (2) d'ailleurs, sur 100 cas choisis, a trouvé seulement huit malades ayant les reins parfaitement sains, qui devenaient albuminuriques pendant le traitement mercuriel. Et dans le cas qui nous occupe, on avouera qu'il serait très étrange qu'une néphrite produite par des doses minimales et fractionnées de sublimé ait été guérie par des doses massives d'onguent mercuriel.

1. Guntz. *Memorabilien*, 1885, 4 ft. 7.

2. Furbinger, *Congrès de Médecine interne de Wiesbaden*, 1885.

Il y a encore dans cette observation un fait très intéressant : l'existence d'une néphrite albumineuse chez la mère du malade. L'hérédité directe du mal de Bright est hors de doute pour les auteurs de l'observation, qui en ont rapporté un certain nombre d'observations qui ne nous semblent pas contestables. Mais ici l'hérédité ne nous paraît pouvoir être invoquée que comme cause prédisposante. Elle explique seulement la localisation de la syphilis sur le rein. L'hérédité a créé le *locus minoris resistentiæ* ; mais c'est la syphilis qui a fait la maladie.

Le diagnostic de syphilis rénale nous paraît donc dans ce cas bien justifié. La détermination s'est faite au huitième mois, en même temps que se produisait une poussée nouvelle de syphilides sur la peau et les muqueuses. Du moins, c'est à ce moment que s'est montrée l'anasarque et que l'albuminurie a été constatée. Mais, il est probable que si l'urine avait été examinée un mois auparavant, on aurait déjà trouvé de l'albumine au moment où le malade se plaignait d'une faiblesse générale, de maux de tête, de somnolence, de fourmillements dans les pieds, et de troubles gastro-intestinaux. Cette date correspond à peu près à celle que donne Mauriac, six mois et demi, d'après l'analyse de 23 cas, comme époque moyenne de l'apparition de la néphrite syphilitique précoce. On peut voir les accidents brightiques survenir à une période encore plus rapprochée du chancre. Car sur ces 23 cas, huit fois les symptômes de néphrite ont apparu deux mois juste après l'accident primitif, et dans un cas l'anasarque s'est montrée au bout d'un mois.

On remarquera que les phénomènes cliniques n'ont différé en rien de ceux qui caractérisent un mal de Bright aigu quelconque. Oligurie, teinte foncée de l'urine, albuminurie abondante, œdème de la face et des membres, dilatation du cœur avec dyspnée, douleurs lombaires, troubles gastriques, céphalalgie, ce sont les symptômes qu'on constate dans toute néphrite brightique aiguë, qu'elle soit consécutive à la scarlatine, à la fièvre typhoïde, à la pneumonie ou à toute autre maladie parasitaire.

L'analogie des symptômes permet de croire à l'analogie du processus pathogénique et des lésions anatomiques. De même que pour les néphrites post-scarlatineuses, ou post-pneumoniques, on peut supposer une localisation rénale du poison ou du microbe encore inconnu de la syphilis. Mais, ceci reste à l'état d'hypothèse, tant qu'on ne connaîtra pas l'agent parasitaire de la syphilis, et qu'on ne l'aura pas décélé dans le rein ou l'urine des malades.

En résumé, s'il n'existe aucune spécificité, ni dans les lésions, ni dans les symptômes, pour déclarer que telle ou telle néphropathie est d'origine syphilitique, trouverons-nous dans la marche et les terminaisons, quelque circonstance plus caractéristique capable de nous éclairer et de nous permettre d'affirmer? Non! La marche est lente, continue ou rémittente; la terminaison souvent fatale; toujours comme dans les néphrites vulgaires.

Il faut donc avouer que rien n'est plus délicat ni plus difficile que de prouver d'une façon positive la nature spécifique d'une néphrite. Il n'y a donc qu'une chose à faire

quand on hésite, c'est de rechercher s'il n'y a pas dans le passé du malade d'autres circonstances étiologiques de nature à le produire. Si l'on n'en découvre aucune il faut alors faire entrer en ligne de compte la syphilis, et lui donner le premier rang.

Si ce diagnostic par élimination ne suffit pas toujours à amener la conviction, il est d'autres circonstances concomitantes qui amènent la presque certitude. Nous voulons parler de la présence simultanée d'une néphrite et d'accidents syphilitiques.

Ajoutons à cela l'action exceptionnellement curative du traitement spécifique.

C'est ainsi que certains cas prouvent surabondamment que le seul moyen de diagnostiquer sûrement la nature syphilitique d'une albuminurie, est de recourir au traitement.

Qu'il nous soit permis, en finissant ce chapitre, d'imposer un principe qui, s'il ne peut céder au diagnostic différentiel du moins évitera souvent de grosses erreurs au médecin.

Nous voulons parler de l'examen de l'urine qui doit être fait chez tous les syphilitiques à partir du début des accidents secondaires, et qui sera renouvelé, chaque fois que le malade accusera quelque changement dans son état habituel de santé.

On sera ainsi mis sur la trace d'accidents du côté du rein que l'on n'aurait pas soupçonnés sans ce moyen empirique de diagnostic.

CHAPITRE V

TRAITEMENT.

Ainsi que le dit Mauriac, il n'est pas douteux que les néphropathies secondaires, guériraient quelquefois spontanément. Mais il est évident également qu'abandonnées à elles-mêmes elles guériraient moins vite, et par conséquent risqueraient de laisser des traces plus profondes, et exposeraient le malade aux complications tardives de la maladie de Bright.

Il nous semble surabondamment démontré par l'un de nos chapitres précédents, que le mercure administré aux doses où l'on a coutume de l'administrer en France et en Angleterre n'exerce aucune action inverse sur les reins.

Les seules contre-indications à leur emploi résultent du mauvais état des voies digestives.

Dans ce cas, il faudrait recourir au traitement ordinaire des néphrites : lait, tannin, diurétiques, etc.

Nous demandons la permission de parler de nouveau du malade de l'observation II. En effet :

La manière dont la guérison de ce malade a été obtenue n'est pas dénuée d'enseignements. On a vu qu'au début le traitement antiphlogistique, tel qu'on le prescrit d'ordinaire contre les néphrites aiguës, a été essayé chez ce malade pendant une quinzaine de jours, ventouses scarifiées sur la région lombaire, régime lacté exclusif, alcalins, digitale. Non seulement, ce traitement n'a amené aucune modification ni amélioration, mais l'état général et local s'est aggravé ; la faiblesse a augmenté, l'appétit s'est perdu et la quantité d'albumine s'est élevée jusqu'à 19 grammes par litre.

En second lieu, le régime lacté n'a eu chez ce malade aucun effet utile. L'amélioration ne s'est dessinée sous l'influence du traitement spécifique que lorsque le lait a été supprimé et remplacé par une alimentation ordinaire. Ceci ne veut pas dire que le régime lacté doive être proscrit du traitement des néphrites syphilitiques ; il a donné dans d'autres cas analogues d'excellents résultats. Mais on doit au moins retenir de ce fait qu'il ne faut pas s'entêter, comme on le fait volontiers trop souvent et trop obstinément, à condamner systématiquement les albuminuriques à l'usage exclusif du lait ; qu'il faut savoir dans certains cas lui substituer une alimentation substantielle, et que le relèvement de l'état général, sous l'action de ce régime tonique, concourt souvent beaucoup mieux à la guérison des lésions locales que l'observation trop rigoureuse du principe de la suppression des éléments azotés.

Quant à l'emploi du mercure dans le traitement de la syphilis brightique précoce, les résultats obtenus le justifient

d'une manière assez éclatante pour qu'il soit inutile de discuter longuement à ce propos. Bien que Senator (1) ait dit qu'il n'oserait jamais traiter une néphrite syphilitique par les préparations mercurielles, les faits déjà anciens publiés par Descouts, Barthélémy, Horteloup, Labadie-Lagrave, etc., et que nous publions plus loin, prouvent que cette crainte est vaine et purement théorique. Non seulement, on peut, mais on doit traiter énergiquement sans crainte par le mercure les manifestations précoces de la syphilis sur le rein.

Quand il s'agit de syphilis rénale tertiaire, d'un gros ou d'un petit rein blanc amyloïde d'origine syphilitique, il est parfaitement inutile et il est même dangereux de soumettre le malade au traitement mercuriel, mais quand il s'agit de néphrite aiguë précoce survenant à la période secondaire l'événement démontre que le mercure, et le mercure seul, amène la résolution des lésions rénales syphilitiques, et même quelquefois leur guérison complète.

Parfois, comme dans le malade de Talamon et de Lecorché, les frictions mercurielles sont beaucoup mieux tolérées que les préparations prises à l'intérieur. Les pilules de sublimé, données à plusieurs reprises, n'ont modifié en rien les symptômes brightiques, et de plus elles ont rapidement déterminé des troubles gastro-intestinaux.

En outre, il faut encore noter que l'emploi du traitement mixte, c'est-à-dire l'adjonction en mercure de l'iodure de

1. Senator. *Traitement du mal de Bright*. Neuvième congrès de médecine interne tenu à Vienne; avril 1890.

potassium, paraît être plutôt nuisible, et que dans le cas particulier, la tendance à la guérison ne s'est franchement marquée que le jour où le malade a été soumis aux seules frictions mercurielles.

Bien que Mauriac pense que l'iodure de potassium est le médicament, qui répond le mieux aux indications, et qu'il faut l'administrer à haute dose, à moins que l'état des fonctions digestives ne s'y oppose formellement, nous sommes plutôt portés à croire que dans les cas de néphrite précoce, l'iodure est au moins inutile, et que c'est déjà bien assez de demander à des reins profondément altérés l'élimination du mercure administré, sans leur imposer encore celle de fortes doses d'iodure de potassium.

Tel n'est pas l'avis de Mauriac. Pour lui en effet, l'iodure de potassium est le médicament qui répond le mieux aux indications ; aussi faudrait-il pour lui, le donner à hautes doses ; à moins que l'état des voies digestives, ne s'y oppose formellement.

Pour Tommasoli Pierleone (*Loc. cit.*), les néphropathies survenant comme accidents secondaires réclament le traitement mercuriel, au même titre que les autres accidents de la même période.

Pour nous la conclusion à tirer de ces discussions, et des observations cliniques est la suivante : Tâtonner pendant quelque temps, afin que le médicament inutile ne vienne pas fatiguer inutilement les voies digestives ; la clinique paraît prouver que le mercure réussira le plus souvent, soit à l'intérieur, soit en frictions.

OBSERVATIONS

Nous n'avons pas formé le projet de réunir toutes les observations qui ont été publiées sur ce sujet. Elles formeraient un volume.

Nous avons seulement donné ou résumé celles qui présentaient un intérêt particulier.

OBSERVATION I (Inédite) (1).

Syphilis brightique précoce. Mort. Autopsie.

La nommée Marie D..., âgée de 31 ans, entrée le 21 mars 1888, salle Archambault, lit n° 22, dans le service de M. Chantemesse.

La mère de cette malade est morte à 36 ans d'une cirrhose du foie avec ascite. Son père est mort de la variole, en Suisse, à 28 ans. Quatre frères, dont trois sont morts en bas-âge, ayant à

1. Due à l'obligeance de M. Gauthier, interne des hôpitaux.

peine quelques mois, de maladies indéterminées. Le quatrième est mort à 6 ans, d'une congestion pulmonaire, qui l'emporta en trois ou quatre jours.

Rien de particulier du côté des grands-parents.

Antécédents personnels. — Cette femme, née à Paris, eut une enfance très délicate. Voici l'énumération des différentes maladies qui l'éprouvèrent. D'abord à 4 ans, une conjonctivite purulente, qui ne laisse aucune trace.

Fièvre typhoïde à 8 ans ; cette maladie laissa après elle une surdité complète à gauche.

Réglée à 11 ans et demi, régulièrement.

A 13 ans, fièvre scarlatine, en 1870.

Peu de temps après, bronchite, puis érysipèle de la face.

Depuis lors, aucune maladie, qui ait causé une interruption du travail.

Maladie actuelle. — Vers la fin de novembre 1887, la malade s'aperçut d'un bouton entre la gencive et la lèvre supérieure du côté gauche. Un pharmacien fit deux cautérisations au nitrate d'argent. Aucune douleur. Ce bouton avait la grandeur d'une pièce de 0,50 centimes, il était surmonté d'une ulcération. La malade avait eu trois semaines auparavant des rapports avec son ancien amant.

C'était là le chancre infectant, ainsi que le montre l'évolution de la maladie.

Dans le courant de décembre, trois semaines après, éruption sur les bras et les jambes. Rien sur le tronc ni le ventre. Cette éruption consistait en petites taches rouges presque confluentes, non saillantes sans démangeaisons ; un médecin consulté à cette époque prononça le mot d'éruption papuleuse, il ordonna des lavages phéniqués, de l'iodure de potassium et des gargarismes au borax.

L'éruption dura huit jours puis disparut en laissant des traces

qui existent encore : la peau est en effet tigrée au niveau des avant-bras ; il y a sur les jambes quelques taches cuivrées.

Le chancre avait disparu au commencement de l'éruption.

Au mois de janvier, la malade se croyant absolument guérie, avait cessé tout traitement. Du reste, elle n'avait pris d'iodure de potassium que pendant 8 ou 10 jours. Elle cessa également de prendre les pilules de protoiodure d'hydrargyre prescrites par le médecin.

L'état paraissait excellent, aucune céphalalgie, aucune douleur.

Le 12 février. — Le jour du carnaval, la malade va à Melun. Elle se portait bien ; cependant, depuis trois jours l'estomac était embarrassé ; il y avait eu depuis 3 jours quelques vomissements.

A ce moment, les jambes n'étaient pas enflées, il n'y avait ni céphalalgie, ni toux. Les vomissements survenaient après les repas. Il existait quelques coliques, mais pas de diarrhée ; pas de troubles de la vue. Purgatif à l'huile de ricin.

Le dimanche suivant, le ventre se mit à enfler et en même temps l'urine cessa d'être émise. Le mardi, un médecin constata la présence d'albumine dans une légère quantité d'urine rendue avec efforts. La nuit, il y eut quelques étouffements : aucun trouble de la vue. Aucune douleur lombaire.

Le mercredi, c'est-à-dire il y a aujourd'hui quatre semaines, l'œdème fit son apparition aux pieds, puis en huit jours gagna les cuisses et les lèvres de la vulve. Depuis ce temps l'état est stationnaire ; le traitement a été le suivant : Régime lacté, digitale, ergotine, teinture d'iode, etc.

Etat de la malade le 21 mars 1888. — Œdème énorme des membres inférieurs, des grandes lèvres, et de la paroi abdominale : Tour de taille : 88 centimètres. A l'état normal, celui-ci étant de 58 centimètres.

Jambe gauche, 41 centimètres.

Jambe droite, 39 centimètres.

Partie moyenne de la cuisse, 60 centimètres.

Pas d'œdème des bras, de la face, ni des paupières. La peau présente des vergetures, sur l'abdomen et à la partie supérieure des cuisses.

A la percussion, l'abdomen présente de la sonorité autour de l'ombilic, de la submatité dans les flancs et les fosses iliaques. Ces signes ne sont pas modifiés par les changements de position à droite et à gauche.

Il n'y a pas de sensation de flots.

Le sommeil est bon ; il n'existe pas d'oppression nocturne.

Pas de vomissements ; 7 à 8 garde-robes en diarrhée par jour.

L'appétit est resté bon ; il n'y a pas de dégoût des aliments.

La malade prétend rendre par jour 1 litre et demi ou deux litres d'urine, bien plus qu'au début de la maladie il y a un mois, cinq ou six mictions chaque nuit.

Submatité à la base des deux poumons en arrière.

Obscurité du murmure vésiculaire aux deux bases. Quelques sibilances et râles sous-crépitaux disséminés.

Rien au cœur ni aux vaisseaux.

Pas de céphalalgie, pas de troubles de la vue.

Sensations de froid dans les jambes. Pas de fourmillements.

Depuis quatre ou cinq semaines, il y a eu sur le menton une légère éruption sèche, suivie de desquamation furfuracée.

Traitement. — Frictions avec 4 grammes d'onguent napolitain. Injections avec : oxyde jaune 10 centigrammes. Vaseline p. s. pour 1 centigramme par injection.

23 mars. — Diarrhée liquide sans coliques.

Pas de vomissements, pas de nausées.

De temps en temps la malade a de petites crises de toux, non suivies d'expectoration.

Le murmure vésiculaire est affaibli ; quelques sibilances et râles

sous-crépitants, surtout en arrière, dans les gouttières costo-vertébrales.

1 litre d'urine dans les vingt-quatre heures ; cette urine, chauffée se prend en masse.

La malade a bien dormi cette nuit : pas de dyspnée.

Pas de modification des œdèmes.

Petite érosion de la peau dans la région du triangle de Scarpa.

Les deux muscles sterno-mastoïdiens, sont soulevés en haut par une masse ganglionnaire indolente.

Pas de ganglions sous-maxillaires appréciables.

Il y a 10 jours, la malade a eu mal à la gorge ; cela a duré quatre jours puis a disparu. C'est à la suite de cette angine qu'il est survenu un peu de toux.

Il y a au bout de la langue une petite plaque muqueuse.

24 mars. — La malade prend 3 litres et demi de lait. Elle se trouve bien et ne souffre pas, elle a bien dormi.

Couronne de Vénus sur le front.

Syphilides squammeuses au pourtour de la bouche.

Une injection à l'oxyde jaune de mercure.

25 mars. — La malade se plaint de douleurs dans le membre inférieur droit.

L'urine renferme une quantité énorme d'albumine.

26 mars. — Rougeur érysipélateuse de la jambe droite.

Malaise général. Léger état fébrile.

La rougeur érysipélateuse commence au niveau d'une ulcération siégeant au pli de l'aîne du côté droit.

Le soir, la dyspnée est plus marquée que les jours précédents.

La malade a pris trois litres de lait ; il y a eu un litre d'urine.

Pas de gingivite ni de stomatite.

Gargarisme au chlorate de potasse.

Onctions mercurielles sur les plaques de rougeur érysipélateuse.

27 mars. — La rougeur s'atténue sur la jambe. Elle existe au même degré au pli de l'aîne à droite et à gauche.

L'eczéma du pourtour de la bouche diminue.

Pansement avec des compresses imbibées de sublimé.

Vaseline boriquée sur les écorchures.

28 mars. — La rougeur du mollet a reparu depuis hier et s'est accentuée.

Température d'hier soir, 38°.

» de ce matin, 37°, 2.

Aucun malaise, pas de céphalalgie ; pas de nausées, ni de vomissements ; aucune douleur.

Très bon sommeil ; pas de toux.

6 gardes-robes en diarrhée.

L'œdème est toujours aussi marqué aux membres inférieurs.

29 mars. — L'érysipèle s'étend ; il a gagné la plus grande partie du membre inférieur droit, et la cuisse gauche ; le siège est également pris.

Il existe au milieu de la rougeur confluyente de petites plaques blanches ayant à leur centre une ulcération.

Le décubitus dorsal a occasionné de vives douleurs qui ont empêché le sommeil.

Soif très vive. Bouche sèche ; il n'y a pas de gingivite. La langue est recouverte d'un exsudat blanchâtre.

Deux vomissements, avec nausées. Diarrhée. L'urine est impossible à doser.

Suppression des mictions.

Un peu de kirsch dans le lait.

Pas de dyspnée, rien de nouveau dans la poitrine.

L'urine renferme 53 gr. 20 d'albumine par litre.

29 mars au soir. — Les vomissements et les nausées ont cessé.

Soif vive. Anorexie.

Langue sèche et pâteuse.

Diarrhée, peu abondante, liquide blanchâtre.

Rien de nouveau dans la poitrine.

Pouls régulier, un peu accéléré.

Les bruits du cœur sont éclatants, bien frappés.

Pas de palpitations.

L'œdème n'a pas changé; il remonte jusqu'à l'épigastre. Rien dans la partie supérieure du tronc, rien dans les membres supérieurs.

Il est impossible de recueillir les urines.

Il est survenu quelques troubles de la vue; quand la malade lit son journal il survient au bout de quelques minutes des éblouissements qui interrompent sa lecture.

Quand la malade fixe un objet, il lui semble qu'il a des reflets miroitants, ou scintillants. Si elle regarde une personne, il lui semble que cette personne s'élève au-dessus du sol.

Pas de bourdonnements ni de sifflements d'oreille.

Pas de troubles de l'odorat ni du goût.

Pas de céphalalgie; la malade a conservé son entrain, et ne souffre pas beaucoup.

Petites ponctions avec une épingle flambée sur les membres inférieurs.

30 mars. — La malade ne peut retenir, ni les matières, ni l'urine. L'érysipèle gagne la cuisse gauche et le pli du mollet; un liquide séreux abondant s'écoule des piqûres pratiquées sur les jambes.

Pas de toux, ni de dyspnée.

Pas de vomissements.

A pris deux litres de lait. Anorexie complète.

Somnolence. Pas de céphalalgie.

Température 37°, 2.

Le soir. La vue est trouble, la lecture est devenue impossible. Eblouissements. Sommeil lourd. Diarrhée.

Pas de dyspnée, ni de vomissements.

Il y a eu quelques palpitations, mais les battements du cœur sont réguliers et bien frappés.

Pansement à l'iodoforme et aux compresses de sublimé sur l'érysipèle.

31 mars. — L'érysipèle s'étend; il a gagné presque tout le membre inférieur gauche.

Pas de modifications dans l'état général.

La diarrhée persiste, malgré le sous-nitrate de bismuth.

1^{er} avril. — Nuit agitée. Cauchemars : La malade croyait voir l'empereur d'Allemagne et des fontaines dans sa chambre.

L'érysipèle occupe les deux membres inférieurs, les parties génitales, la rainure interfessière, mais ne remonte pas sur l'abdomen.

La diarrhée, un instant atténuée, a recommencé : selles liquides, verdâtres, fétides.

Pas de vomissements, ni de nausées ; la malade continue à boire son lait, mais avec une certaine répugnance.

Le ventre n'est pas douloureux et semble moins tendu. Pas de dyspnée ; respiration régulière.

Le soir. — Nous trouvons la malade les yeux hagards, les pupilles très dilatées, les traits tirés, la figure amaigrie ; la vue est éteinte par moments.

Elle se lamente, ne veut pas mourir, puis au même instant, tient des propos incohérents, parle avec insistance à l'empereur d'Allemagne ; elle repousse les infirmières, interpelle les uns et les autres, veut s'enfoncer un canif dans le cœur, etc.

La peau est rouge, semblable à une peau d'orange, recouverte de phlyctènes, pleine d'une sérosité transparente.

Il est impossible de recueillir des urines.

2 avril. — Nuit très agitée ; cris, lamentations, menaces de suicide, etc.

Depuis six heures du matin la malade ne parle plus, mais pousse des plaintes étouffées.

Pas de connaissance.

A 8 heures, les extrémités se refroidissent ; l'œil s'éteint, les paupières se troublent.

De temps en temps, la malade se remet et pousse quelques gémissements.

Pouls filiforme.

Température axillaire 34°.

Autopsie. — Le 3 avril, à 11 heures du matin, 23 heures et demie après la mort.

La décomposition cadavérique est assez marquée. Il existe du liquide dans les deux plèvres, provenant sans doute d'une transsudation *post mortem*.

Pas de fausses membranes.

OEdème pulmonaire surtout dans les parties déclives.

Dans le péricarde, 80 grammes environ de liquide citrin.

Le cœur paraît normal : quelques caillots noirâtres. Pas de lésions valvulaires.

Pas d'ulcération de l'estomac ni de l'intestin.

Liquide abondant dans la cavité péritonéale.

Le foie est gros, allongé de haut en bas, et porte l'empreinte du corset : à ce niveau il existe de la périhépatite, caractérisée par un épaissement de la capsule de Glisson.

Son tissu est ferme et résiste sous le scalpel.

La rate a son volume normal, et ne présente pas d'altérations.

Reins. — Le rein droit pèse 185 grammes.

Le rein gauche 195 grammes.

La délimitation entre la substance corticale et la substance mé-

dullaire est très marquée, très nette. La première est pâle, à côté de la substance médullaire qui est congestionnée.

La décortication est très facile.

Encéphale. — Rien du côté des méninges.

Le cerveau n'est pas congestionné. Pas d'œdème.

Le liquide céphalo-rachidien n'est pas augmenté.

Les ventricules sont sains.

OBSERVATION II

Syphilis brightique précoce.

Lecorché et Talamon. Syphilis brightique précoce. *Médecine moderne*, 1891, p. 656 et suivantes.

Un jeune homme de 28 ans, fort et vigoureux, n'ayant jamais été malade, est atteint d'un chancre induré de la verge, en février 1887. Son père est très bien portant, sa mère a été atteinte de néphrite pour laquelle je l'ai soigné.

Dès le début du chancre il fut soumis à un traitement antisypilitique : pansement du chancre avec onguent napolitain, lotions avec la liqueur de Van Swieten, 2 bains chaque semaine avec 8 grammes de bichlorure d'hydrargyre ; au bout de 15 jours, le chancre était cicatrisé. Les bains n'en furent pas moins continués sans interruption, et du 11 mars à la fin d'août, il en prit 50.

Le 21 mai. — Apparaissent des plaques muqueuses sur la langue, bientôt, une roséole passagère, et enfin des taches à la paume

des mains. On soumit le malade à l'usage d'un sirop au bi-iodure de mercure, tout en continuant l'usage des bains.

Bi-iodure de mercure	0,08
Iodure de potassium.	20
Sirop de salsepareille.	400

Du 21 mai au 13 juillet, le malade en prit 2 flacons, soit 800 grammes de sirop.

Du 13 juillet au 6 septembre, il fut mis à l'usage des pilules de bichlorure de mercure.

Bichlorure de mercure	0,01
Chlorure de sodium.	0,01
Chlorhydrate de morphine	0,005

Pour 1 pilule.

Le malade en prenait 2, puis 4, puis 6 par jour ; il absorba sous cette forme 1 gr. 68 de bichlorure d'hydrargyre du 13 juillet au 6 septembre.

A ce moment, les taches des mains et les plaques muqueuses avaient disparu ; mais le malade se plaignait de pesanteur de tête, d'alourdissement général, de fourmillements dans les pieds, de somnolence. Il y avait en outre des troubles gastriques, perte d'appétit, digestions laborieuses, du dérangement intestinal. On cessa le traitement hydrargyrique. Le malade partit pour la campagne, et y passa la fin de septembre et les premiers jours d'octobre, sans qu'il se produisît aucun accident nouveau.

C'est à son retour à Paris, vers le commencement d'octobre, que le malade constate de l'œdème des pieds, bientôt suivi d'œdème de la face. L'urine était peu abondante, 800 cc. par 24 heures.

Elle était très colorée et comme fiévreuse, dit le malade.

L'examen de l'urine fait le 26 octobre permet de constater qu'elle contient 9 grammes d'albumine par litre, 700 à 800 cc. d'urine. Le malade est mis au régime lacté et soumis à nouveau aux pilules de bichlorure à la dose de 4 par jour.

Chaque litre de lait qu'il absorbe contient en outre 1 gramme d'iodure de potassium. Il en prend 3 à 4 litres en 24 heures ; mais survient de l'intolérance et l'œdème augmente. L'albumine ne baisse pas et la quantité d'urine reste la même.

On cesse le bichlorure le 5 novembre.

Du 6 novembre au 30. — L'alimentation reste exclusivement lactée, avec lait ioduré, 1 gramme par litre. On fait au niveau de la région lombaire des frictions avec l'essence de térébenthine.

Pas de changement dans l'état général du malade, l'œdème persiste, mais le chiffre de l'urine rendue est montée à 1200 cc. par 24 heures.

Analyse du 3 décembre.

Densité	1015
Albumine.	4 gr. 50
Urée	11,50
Chlorure de sodium	6
Acide phosphorique	1,10

C'est alors que nous sommes appelé, par notre confrère, le Dr Horteloup, près du malade, que nous trouvons dans l'état suivant :

Les jambes sont œdématiées ; l'œdème monte même aux cuisses, pas trace d'œdème bien appréciable à la face. Le malade se plaint d'étouffements apparaissant surtout la nuit, et l'on trouve des râles sous-crépitaux à la base des deux poumons ; il accuse

de temps à autre de la céphalalgie ; le sommeil est assez mauvais.

Il se plaint de douleurs lombaires à la pression, surtout à gauche ; le rein de ce côté paraît plus volumineux à la percussion. Il se plaint également de palpitations, et la matité du cœur est manifestement augmentée d'étendue.

L'urine n'est pas très abondante, et cependant le malade a de pressants et fréquents besoins d'uriner ; il se lève trois à quatre fois la nuit pour uriner : 1000 à 1200 cc. en 24 heures.

L'appétit est à peu près nul, pas de fièvre, pas de troubles de la vue.

Les plaques ont reparu à la paume des mains. Je proposai à mon collègue de soumettre le malade à une médication antiphlogistique et à la digitale, pensant avoir affaire à une inflammation non spécifique des reins.

On continue donc le régime lacté avec lait iodé (le malade a déjà pris environ 50 grammes d'iodure de potassium dans son lait). On prescrit des pilules de poudre de digitale de 0,05 à la dose de 4 par jour ; on le met au vin de quinquina à la liqueur Laprade.

Sous l'influence de ce régime, le chiffre d'urine rendue en 24 heures, monte à 1600, 1880 cc., mais la quantité d'albumine ne baisse pas.

Analyse du 6 décembre.

Densité	1015
Albumine.	5 gr. 50
Urée	14,52
Chlorure de sodium	7 gr.
Acide phosphorique	1 gr. 10

Du 9 au 13 décembre, on applique des ventouses scarifiées, tous les jours, au niveau de la région lombaire ; lait simple ; eau de Vichy, 30 gouttes de teinture de digitale par jour.

Le chiffre d'albumine ne baisse que légèrement ; la quantité d'urine reste toujours à 1600, 1800 grammes.

Analyse du 14 décembre.

Densité.	1007
Albumine.	3 gr.
Urée	7 gr.
Chlorure de sodium.	5 gr.
Acide phosphorique	0,90.

Dans l'urine, on trouve des débris de cylindres épithéliaux, des cylindres granuleux.

Du 14 au 18, on se contente de donner au malade du lait et de l'eau. Sous l'influence de ce traitement l'état général s'aggrave, la faiblesse est plus grande, l'appétit est nul ; l'œdème persiste et le 18 décembre on constate que la quantité d'albumine est de 19 grammes par litre avec 1500 centimètres cubes d'urine. Les plaques persistent aux mains : on revient au traitement antisypilitique après cette tentative infructueuse de traitement antiphlogistique. On cesse le régime lacté.

19 décembre. — Chaque jour 2 pilules de bichlorure, 4 pilules de digitale, frictions avec onguent hydrargyrique.

Alimentation habituelle remplaçant le régime lacté. Le 22 décembre, embarras gastrique et intestinal, réapparition des plaques muqueuses à la bouche, persistance des syphilides palmaires ; l'œdème des jambes existe toujours.

On supprime les pilules de bichlorure, de digitale, et l'on continue les frictions mercurielles journalières avec des purgatifs légers deux fois la semaine.

Ces frictions sont continuées jusqu'au 7 avril sans interruption.

Sous l'influence de ces frictions, qu'on fut de temps à autre obligé d'interrompre lorsque survenaient des troubles gastriques, on vit peu à peu disparaître l'œdème, et baisser l'albumine, ainsi que l'attestent les tableaux suivants.

Le chiffre de l'urine rendue resta assez élevé, 1500 à 1600 : l'œdème commença à diminuer en février et disparut en avril.

Janvier.			Février (suite).		
1.	alb.	3.75	15.	—	2.25
4.	—	7	18.	—	3.75
6.	—	3	20.	—	5.50
9.	—	7	22.	—	7.13
11.	—	7.50	24.	—	5.60
14.	—	4.50	26.	—	2.25
17.	—	7	28.	—	3
20.	—	3.50	Mars		
22.	—	7	2.	alb.	1.80
24.	—	8	4.	—	2.30
26.	—	5.75	6.	—	2
28.	—	9	8.	—	3
30.	—	4.50	10.	—	3.25
Février.			13.	—	230.
2.	alb.	7	15.	—	5
5.	—	8	19.	—	1.60
8.	—	4.50	22.	—	1.70
13.	—	5	24.	—	4.80

Mars (suite).			Avril (suite).		
27.	—	1.90	20.	—	0.25
30.	—	2	24.	—	0.25
	Avril.		26.	—	0.20
2.	alb.	1.40	29.	—	0.18
5.	—	1		Mai	
7.	—	1.70	1.	alb.	0.15
9.	—	6	4.	—	0.22
11.	—	9	7.	—	0.30
13.	—	2	9.	alb.	0.35
16.	—	0.50	10.	—	0.25
18.	—	0.50	11.	—	0.10

Le 11 mai, quinze jours après la cessation des frictions, l'albumine n'avait pas augmenté, mais les syphilides des mains persistaient et les plaques muqueuses de la bouche avaient reparu.

Un premier essai de la cessation des frictions mercurielles, le 7 avril, avait été suivi d'une augmentation d'albumine qui était remontée de 6 à 9 grammes par litre ; la reprise des frictions, le 11 l'avait de suite fait tomber à 2 gr. 50 par litre.

Le 26 mai, époque de la cessation définitive des frictions, l'état général était bon, l'appétit excellent, l'œdème avait disparu, les douleurs rénales qui s'étaient montrées au début, qui avaient reparu plusieurs fois dans le cours de la maladie, n'existaient plus. Le rein avait repris son volume normal, et l'augmentation du cœur qu'on avait constatée en décembre et qui tenait sans nul doute à une dilatation passive, n'existait plus.

Pendant ces quatre mois (fin décembre, janvier, février, mars, commencement d'avril), le traitement ne consista que dans les frictions mercurielles avec 4 grammes d'onguent napolitain par jour ; en purgatifs légers de temps en temps quand il y avait embarras.

C'est vainement qu'on essaya à nouveau une ou deux fois l'usage de l'iodure de potassium, du 5 au 10 janvier, le malade le tolérait difficilement.

Ce fut vainement qu'on voulut recourir au massage pour combattre l'œdème qui persistait aux jambes. En janvier, les 24, et 26, deux jours de massage firent monter l'albumine de 7 à 8 grammes, de 5 grammes 75 à 9 grammes. Sans digitale, le chiffre de l'urine se maintint d'une façon à peu près régulière à 1600 à 1800 centimètres cubes.

L'alimentation ne présentant rien de particulier, le malade prenait deux repas par jour avec eau rougie (le lait avait été supprimé à la fin de décembre et ne fut plus repris) et vin de quina.

Le malade ne commença qu'accidentellement, de temps à autre, concurremment avec l'alimentation habituelle, à sortir, et les premières sorties amenèrent passagèrement une légère augmentation d'albumine. Mais, au bout de quelque temps, toute trace d'albumine disparut, l'état général s'améliora. Il resta bien encore des manifestations cutanées de nature syphilitique, mais elles cédèrent au traitement spécifique, et, depuis trois ans l'albumine n'a pas reparu dans les urines.

En résumé, un homme de 28 ans, ayant eu un chancre induré, suivi de roséole, de plaques muqueuses dans la gorge et de syphilides palmaires, est pris, au huitième mois de sa syphilis, de phénomènes brightiques, caractérisés par de l'anasarque, de l'oppression, avec palpitations, de la céphalée et de l'insomnie, des douleurs lombaires et une albuminurie abondante atteignant jusqu'à 19 grammes par litre. Ces phénomènes coïncident avec la réapparition des syphilides palmaires et des plaques muqueuses de la bouche.

Une tentative de traitement antiphlogistique, ventouses scarifiées, régime lacté, alcalins, n'amène qu'une aggravation des acci-

dents et une augmentation considérable de l'albuminurie. On soumet alors le malade au traitement mercuriel pur, frictions quotidiennes, avec 4 grammes d'onguent napolitain. Ce traitement est continué pendant quatre mois. A partir de ce moment, l'œdème disparaît peu à peu, et le taux de l'albumine baisse progressivement. Au commencement du quatrième mois on essaye d'interrompre les frictions; la quantité d'albumine remonte immédiatement de 1 gramme 70 à 6 et 9 grammes par litre. La reprise du traitement mercuriel la fait retomber en cinq jours à 50 centigrammes pour 1.000, puis, à 25, 20, 15 centigrammes par litre. L'albumine disparaît complètement à la fin du cinquième mois, et, depuis trois ans, le malade n'a pas présenté le moindre accident qui puisse faire douter de la guérison complète de ses lésions rénales.

OBSERVATION III

Néphrite syphilitique. Guérison par l'iodure de potassium.
(Lancereaux).

Un homme âgé de 42 ans. Contracta en 1867 un chancre de la verge qui fut suivi de plaques muqueuses de la bouche et d'une éruption douteuse. Admis le 29 novembre 1871, dans un des pavillons de l'hôpital Saint-Antoine, cet homme y était un peu oublié.

Dans le courant de l'hiver, il était d'une grande pâleur, et vers le mois de mars, en même temps qu'il était atteint d'anasarque, il fut pris d'épistaxis, de vertiges et d'étourdissements, autant de

phénomènes indicateurs d'une intoxication urémique. Je lui donnai un lit dans ma salle, et peu de temps après il me fit remarquer qu'il était porteur d'une tumeur solide, ferme, arrondie, du volume d'une pomme d'api, siégeant dans la mamelle gauche, à la partie externe et supérieure du mamelon.

Peu de temps après, une tumeur semblable apparaissait au-dessus du sein droit. L'iodure de potassium fut administré en avril, et bientôt la première tumeur, puis la seconde, commencèrent à diminuer de volume. En même temps la santé générale du malade s'améliora notablement ; les forces et les couleurs revinrent en partie ; l'anasarque disparut.

L'albuminurie, quoique moins abondante, persistait encore le 10 juin, quand le malade nous quitta.

OBSERVATION IV

Albuminurie et anasarque, survenues quatre mois après l'apparition d'un chancre infectant. Syphilis de moyenne intensité. Bronchite et épanchement pleural gauche. Ascite. Amélioration. Rechute. Œdème de la glotte. Mort 3 mois après le début de la néphropathie syphilitique (1).

M... Jean, 29 ans, charretier, entre le 15 janvier 1869, dans mon service, à l'hôpital du Midi, salle 7, n° 13, était un homme très vigoureusement constitué, d'une bonne santé habituelle, et qui n'avait jamais eu aucune affection sérieuse, générale ou locale,

1. Mauriac. *Syphilis tertiaire*, p. 226.

héréditaire ou acquise. Vers le commencement de septembre 1869, à la suite de plusieurs coïts suspects, il lui est survenu un chancre dans la rainure balano-préputiale. Avant qu'il fût guéri, la peau se couvrit de taches rouges ; il se produisit des croûtes dans les cheveux et la gorge devint douloureuse.

Lorsque ce malade entra dans mes salles il avait des plaques muqueuses et quelques érosions linéaires dispersées en cercles sur les bourses ; la peau était couverte d'une roséole érythémateuse au déclin. C'était alors le quatrième mois révolu de la syphilis. Comme elle ressemblait beaucoup par ses manifestations banales aux syphilides les plus vulgaires, je n'y prêtai pas d'abord grande attention, et je prescrivis 6 à 9 grammes de protoiodure d'hydrargyre. Mais cinq ou six jours après son entrée le patient constata que sa verge et ses bourses étaient devenues du jour au lendemain, le siège d'une énorme tuméfaction. Vingt-quatre ou quarante-huit heures après, les paupières se gonflèrent, et en très peu de jours, sans fièvre, sans troubles constitutionnels, l'œdème d'abord localisé sur quelques points envahit tout le tissu cellulaire sous-cutané. En présence de cette anasarque, survenue d'une façon si inspirée, je m'évertuai à en rechercher les causes. Je passai successivement en revue toutes les circonstances étiologiques qui sont de nature à produire l'albuminurie et je ne parvins à en découvrir aucune. Le malade s'était toujours parfaitement bien porté, jusqu'à l'apparition du chancre, il vivait dans de bonnes conditions hygiéniques, travaillait sans se surmener, ne faisait point d'excès alcooliques, et menait à tous égards, une vie à peu près régulière. Il ne se rappelait pas avoir eu à souffrir dans les jours qui précédèrent son entrée à l'hôpital, du froid ni de l'humidité.

Ainsi, absence apparente du moins et probablement très réelle, des conditions pathogéniques ordinaires de l'albuminurie, voilà quel fut le résultat de mes investigations. C'était là une

raison, et la principale qui me fit supposer que l'affection rénale pourrait bien provenir d'une détermination directe de la syphilis sur les reins. La diathèse n'était-elle pas en pleine activité ? Et pourquoi aurait-elle épargné ces organes ? Ne frappe-t-elle pas à cette période, d'autres viscères, le cerveau, le foie, par exemple ? J'étais alors, comme je le suis aujourd'hui, pénétré de cette idée, que toutes les parties de l'organisme, les plus profondes, comme les plus superficielles, sont tributaires de la syphilis, dès que l'intoxication générale s'est accomplie.

Mais poursuivons le récit de cette syphilis rénale.

Dans les premiers jours de février (cinquième mois de la syphilis), je constatai l'état suivant : Phimosi et balano-posthite symptomatiques de plaques muqueuses sus-préputiales, roséole érythémateuse généralisée, un peu d'ascite et anasarque considérable. Les urines qui étaient coagulables, dès les premiers jours de l'infiltration œdémateuse, contenaient déjà une énorme quantité d'albumine.

Dans le milieu de février, la respiration devint peu à peu gênée, et l'anasarque fit des progrès.

Le 24. — Je trouvai des râles sibilants et ronflants, dans les deux côtés de la poitrine, et un épanchement qui occupait les quatre cinquièmes inférieurs de la plèvre gauche. Grande anxiété respiratoire, altération des traits, pouls 100, régulier ; rien au cœur, ni dans le péricarde. Le foie ne dépassait pas le rebord des fausses côtes.

Epanchement ascitique considérable, douleur dans le côté gauche de l'abdomen, diarrhée très abondante, quelques vomissements. Urines rares, rouges, un peu sanguinolentes et sédimenteuses, contenant une si forte proportion d'albumine qu'elles se solidifièrent presque complètement, quand on y versait de l'acide nitrique. La roséole avait pâli : les taches des extrémités inférieures étaient devenues très squammeuses.

J'administrai de l'iodure de potassium ; mais d'une façon un peu timide, car je ne commençai que par la dose d'un gramme.

Le 6 mars (sixième semaine de l'albuminurie), il y avait un peu de mieux ; l'œdème de l'abdomen, des bourses et des extrémités inférieures avait diminué ; celui des extrémités supérieures et de la figure avait disparu, ce qui mettait en évidence l'amaigrissement considérable survenu chez le malade depuis le début de son affection rénale. L'épanchement pleurétique n'occupait que les deux tiers du côté gauche. Cette amélioration progressive se prolongea pendant toute la durée du mois de mars. La syphilide érythémateuse disparut. Quelques papules crustacées se développèrent sur les extrémités inférieures dont la peau présentait des vergetures causées par la distension œdémateuse. Il s'était produit une sorte de diurèse qui avait coïncidé avec l'amendement des phénomènes ; aussi, quoique l'ingestion des boissons fût faible, les urines étaient abondantes. Les troubles digestifs avaient aussi à peu près disparu. Cependant, il était survenu une crise diarrhéique et il y avait eu douze garde-robes, pendant trois nuits consécutives.

Le 22 mars (2^e mois de la syphilis rénale), la santé générale était bonne. Disparition complète de l'anasarque dans la moitié supérieure du corps ; encore un peu d'œdème aux extrémités inférieures. Diminution de l'ascite et de l'épanchement pleurétique. La proportion de l'albumine dans les urines était beaucoup moindre ; en février, elles en contenaient 23 pour 1000 ; et il n'y en avait plus maintenant que 4.

Malheureusement ce mieux ne fut pas de longue durée. Dans les deux ou trois derniers jours de mars, la proportion d'albumine monta rapidement à 9 pour 1000 ; le ventre augmenta de volume, et l'œdème devint plus considérable aux extrémités inférieures. Un peu de diarrhée. Sonorité revenue dans tout le côté gauche de la poitrine. Syphilide papulo-squammeuse formant

deux groupes circinés à la partie supérieure des cuisses et inférieure de l'abdomen.

Cet état de choses alla en empirant dans les premiers jours d'avril. Pâleur, amaigrissement, œdème énorme des parois splanchniques et des extrémités inférieures ; enrouement très prononcé et gêne de la respiration. Le malade tomba dans le découragement, et voulut partir le 12 avril pour rentrer chez lui. C'est là qu'il succomba trois ou quatre jours après par un œdème de la glotte.

OBSERVATION V

Albuminurie et anasarque au huitième mois d'une syphilis bénigne dans ses premières manifestations. Alternatives d'amélioration et de rechute. Conservation de la santé générale. Disparition de l'anasarque et persistance de l'albuminurie. Longue durée et innocuité apparente de cette néphropathie spécifique (1).

M. Ch..., terrassier, 34 ans, d'une bonne santé habituelle, et n'ayant jamais eu aucune maladie vénérienne ou autre, contracta un chancre infectant, en avril 1873. Ce chancre ne se manifesta que trois semaines après un coït suspect, précédé d'une continence de trois mois. Six semaines environ après l'apparition de l'accident primitif : croûtes dans les cheveux, boutons sur les bras, plaques muqueuses à la gorge, etc.

1. Mauriac. P. 290.

Il fut traité à plusieurs reprises dans une pharmacie, par des pilules et des gargarismes, ce qui ne l'empêcha pas d'avoir plusieurs poussées successives sous la même forme. La santé du reste n'en fut pas altérée. Vers le 20 décembre 1872 (huitième mois et demi du chancre), cet homme s'aperçut pour la première fois, qu'il avait les pieds gonflés. Il n'y prêta aucune attention, d'autant plus que ce gonflement qui n'envahit ni le tronc, ni les mains, ni la figure, ne tarda pas à diminuer et à disparaître. Ce ne fut pas pour longtemps, car il se reproduisit en mars, et le 5 avril 1874 (douzième mois du chancre) le malade ayant quelque soupçon que cet accident pouvait se rattacher à la syphilis, entra dans mon service.

A ce moment-là, il avait interrompu tout traitement depuis trois mois. Il n'avait aucune manifestation spécifique, et il ne lui en survint aucune pendant le séjour d'un mois qu'il fit à l'hôpital du Midi.

Ce malade était très albuminurique ; ses urines donnaient un abondant précipité, par la chaleur et l'acide nitrique. Comment l'était-il devenu ? Voilà ce que je cherchai à savoir. J'épuisai la série des pressions en usage dans la recherche des causes complexes de l'albuminurie : je fis toutes les investigations nécessaires pour me rendre compte de cette étiologie ; mais ce fut inutilement. Je ne parvins à découvrir aucune circonstance accidentelle, aucune condition hygiénique, aucune dyscrasie qu'on pût légitimement soupçonner d'avoir pris une part quelconque à un pareil état de choses. Par l'élimination successive de tous les facteurs pathogéniques, on arrivait forcément à conclure que la syphilis était la seule cause probable de cette affection des reins, mais on n'en avait aucune preuve.

Dix jours après son entrée, le malade n'avait plus d'œdème aux extrémités inférieures ; cependant ses urines paraissaient contenir la même proportion d'albumine. On lui faisait prendre

de l'iodure de potassium à dose convenable. Je n'oserais affirmer que la disposition de l'œdème avait été produite par ce médicament, puisque le même fait s'était déjà produit auparavant, sans qu'on l'eût administré. Quoi qu'il en soit, ce patient qui se sentait très dispos, ne voulut pas prolonger son séjour à l'hôpital et il sortit le 7 mai. A cette époque ses urines étaient claires et citrines; elles contenaient toujours beaucoup d'albumine. L'œdème, qui avait envahi les cuisses, les bourses, et était remonté jusqu'à l'abdomen, avait complètement disparu, et on n'en trouvait aucune trace, ni aux extrémités inférieures ni ailleurs. Le foie, le cœur, et tous les viscères étaient sains en apparence et leur exploration ne donnait aucun résultat. Ces urines n'avaient jamais contenu de sang.

Comme accident syphilitique, il n'existait qu'une petite plaque muqueuse insignifiante sur la muqueuse préputiale. Le traitement à l'iodure de potassium qui avait été suivi pendant tout le mois d'avril, ne fut pas continué, parce que le malade se sentait assez bien pour se passer de drogues. C'est là du moins ce qu'il disait. Mais il n'en avait fini cependant ni avec sa syphilis ni avec son albuminurie.

En effet le 11 juin 1874 (quatorzième mois de la syphilis, septième de l'albuminurie), il revint me consulter. Il avait alors des plaques muqueuses à la pointe de la langue et sur la lèvre supérieure. Les extrémités supérieures et inférieures étaient œdématisées et les urines contenaient toujours une grande quantité d'albumine. Je prescrivis un traitement mixte où l'iodure de potassium prédominait. Je doute qu'il ait jamais été ponctuellement suivi.

Vers le 20 juin, les extrémités inférieures furent envahies par l'œdème dans toute leur étendue.

En juillet, il y eut des alternatives d'augmentation et de diminution dans ce symptôme qui, cette fois, reste confiné aux

jambes et aux cuisses et n'envahit pas les extrémités supérieures ni la figure.

Je revis le malade, le 24 avril (16^me mois de la syphilis, neuvième de l'albuminurie). Sa santé générale était toujours parfaite. Rien au cœur ni au foie. Aucune manifestation syphilitique cutanée ou muqueuse. Les extrémités inférieures étaient œdématisées jusqu'au genou, et leur peau, au niveau de la suffusion, était luisante et tendue. Il existait aussi un peu de tuméfaction aux mains. Ce faible degré d'anasarque contrastait singulièrement avec la forte proportion d'albumine que contenaient toujours les urines. Je conseillai de nouveau l'iodure de potassium qui avait été interrompu, comme je m'en étais douté. Le malade appartenait à la classe des optimistes et n'aimait pas à se soigner.

Il est vrai que sa santé générale, qui ne s'était jamais ressentie, ni de la syphilis ni de l'affection rénale, devait le porter à croire que nous forcions un peu la note, en lui parlant de la gravité de son état et de la nécessité de prendre pendant longtemps et à hautes doses, l'iodure de potassium. Qu'est-il advenu ? Au 24 avril 1874 s'arrête pour moi son histoire, car je ne l'ai pas revu après cette époque.

OBSERVATION VI

Balano-posthite infectante de huit jours d'incubation, suivie au bout d'un mois d'accidents secondaires cutanés. Vers le cinquante-cinquième jour du chancre, apparition des symptômes d'une albuminurie (1).

B... André, 60 ans, homme de peine, entre le 9 avril 1870, au n° 19 de la salle 8, dans mon service à l'hôpital du Midi.

1. Mauriac, 1890.

Constitution assez forte, bonne santé antérieure. N'a jamais eu d'autres maladies que des fièvres intermittentes, en Vendée, l'année 1832, qui ont duré onze mois.

Pas d'habitudes alcooliques. N'éprouvait avant la maladie actuelle d'autres dérangements que quelques vomituritions glaireuses. Pas d'amaigrissement. Jamais les jambes n'avaient été enflées.

Vers les premiers jours de mars 1870, apparition d'un chancre syphilitique, occupant presque toute la surface du gland et une partie de la muqueuse préputiale, survenue après huit jours d'incubation seulement (il n'avait pas vu de femme depuis 19 mois). Adénopathie inguinale double très volumineuse. Depuis le chancre, un peu d'amaigrissement, de faiblesse, de pâleur.

Vers le trente-cinquième ou le quarantième jour du chancre, éruption d'une syphilide érythémateuse, confluyente, très pâle, sans phénomènes congestifs et inflammatoires cutanés. Etouffements nocturnes avec sensation de constriction sternale (Jamais il n'avait éprouvé de pareils accidents auparavant).

Le 25 avril (55^{me} jour du chancre), œdème des extrémités inférieures et des parois abdominales. Forte proportion d'albumine dans les urines.

Le 16 mai (76^e à 80^e du chancre), je constatai l'état suivant ; teint cachectique. Pâleur, étirement des traits, comme dans les affections abdominales. Rien au cœur, ni aux poumons. Légère augmentation de volume du foie, surtout dans son lobe gauche, (n'a jamais eu la jaunisse) Rate normale, ascite dans le tiers inférieur de l'abdomen. Pas de douleurs rénales. Quelques vomituritions. Rien d'organique à l'estomac. Selles normales.

Traces de roséole sur la peau du tronc. Adénopathie spécifique. Indurations énorme de tout le gland. La balano-posthite infectante n'est pas encore guérie.

La quantité d'albumine expulsée par les urines était de cinq grammes environ par vingt-quatre heures.

Même état quelques semaines après.

OBSERVATION VII

Syphilis à début grave : périostose frontale au trentième jour du chancre avant la roséole; plus tard, crises de douleurs musculaires, thorax épigastrique. Albuminurie et anasarque au cinquième mois de la syphilis. Sévérité et complexité des accidents de la maladie de Bright pendant neuf mois. Imminence de mort. Guérison. Persistance de l'albumine dans les urines au bout de quatre ans et demi (1).

M... A, 21 ans, menuisier, entre le 19 décembre 1876 dans mon service à l'hôpital du Midi, salle 7, n° 2, s'était toujours bien porté et n'avait jamais eu aucune maladie constitutionnelle ni acquise. Il voyait la même femme depuis six mois. Quatre ou cinq semaines après l'avoir quittée, et sans avoir eu commerce avec aucune autre, il lui survint, sur la face antérieure du gland, de chaque côté, des boutons qui ne tardèrent pas à s'éroder et à se couvrir de croûtes. Aucun traitement local ni général à son entrée, je constatai aux lieux sus-indiqués deux énormes chancres infectants, ulcéreux, à fond pultacé, mesurant deux centimètres de diamètres chacun, et encore en pleine activité. Adénopa-

1. Mauriac.

thie très volumineuse et spécifique. Roséole érythémateuse au début (quarante-neuvième des chancres).

Dans les premiers jours de décembre (38^e jour), avant d'avoir remarqué sur la peau aucune éruption, la malade avait éprouvé une violente douleur de tête, très circonscrite et limitée à un point unique au sommet du crâne. Sur ce point, il avait constaté, dès cette époque, l'existence d'une bosse douloureuse à la pression. La céphalée était plus intense la nuit que le jour. Elle se généralisa dans tout le crâne vers le 15 décembre, tout en restant plus vive au niveau de la tumeur.

Le 23 décembre (50^e jour de la syphilis), je constatai l'état suivant : santé générale très bonne. Pas de fièvre (il n'y en avait pas eu antérieurement). Chancres infectants phagédéniques. Roséole pâle, érythémateuse et confluyente. Sur le sommet du crâne, à 3 centimètres de la ligne médiane, tumeur du diamètre d'une pièce de un franc, saillante de 1 centimètre et demi, non adhérente au cuir chevelu, un peu épaisse à son niveau, mais sans changement de couleur, immobile sur le crâne, très douloureux à la pression et spontanément, surtout la nuit, dure à son centre, un peu pâteuse sur ses bords. Adénopathie cervicale très prononcée.

Quelques jours après son entrée ce malade fut pris pendant la nuit de violentes douleurs très singulières. Elles occupaient le segment supérieur du muscle grand droit de l'abdomen à gauche, au niveau de l'insertion des fibres musculaires. Elles étaient survenues tout à coup à six heures du soir. Grande anxiété, dyspnée violente, qui força le malade de sauter à bas de son lit et de marcher. Même douleur symétrique, mais moins forte à droite. Insomnie. La crise ne se calma que vers deux heures du matin. Elle se reproduisit les nuits suivantes. Je la combattis avec des topiques calmants et surtout avec de l'iodure de potassium. Il n'existait aucun changement appréciable sur les points où les dou-

leurs thoraco-épigastriques avaient leur foyer principal, c'est-à-dire à 2 centimètres au-dessous du rebord des fausses-côtes.

Ces crises durèrent une dizaine de jours environ.

Le 15 janvier 1877 (75^e jour de la syphilis), un mieux notable se produisit ; les chancres phagédémiques commencèrent à se cicatriser à vue d'œil ; la tumeur du crâne diminua, et fut moins douloureuse. Les douleurs thoraco-épigastriques avaient cessé depuis quinze jours. Angoisse très intense, fissures sur le bord du voile, plaques ulcérées sur les amygdales, etc.

Il guérit peu à peu de cette première poussée si violente, qui était en rapport avec le phagédénisme des chancres infectants.

Je le soumis à un traitement mixte énergique. Mais je ne parvins pas à prévenir une deuxième poussée d'accidents beaucoup plus graves que les premiers.

En effet, dans les premiers jours d'avril, la peau se couvrit d'une syphilide papuleuse-confluente, et le 28 du même mois (5^{me} mois révolu de la syphilis) il survint une anasarque. L'œdème débuta par la face, le thorax, et n'envahit que consécutivement les extrémités inférieures. Pas de frissons ni de fièvre, aucun trouble de la santé générale. Le malade travaillait dans un atelier fortement chauffé. La veille du début de l'anasarque il avait subi une averse et pris froid. Il entra le 2 mai dans le service de mon collègue et ami, le D^r Horteloup, qui nota toutes les circonstances de la longue néphropathie dont je vais donner le résumé.

Le 3 mai (7^{me} jour de l'anasarque) : œdème généralisé très considérable. Urines diminuées de quantité, très rouges, contenant beaucoup d'albumine, des cellules rénales altérées, des globules rouges et des tubes granulo-graisseux. Epanchement pleural énorme à droite, faible à gauche. Un peu d'ascite. Anxiété respiratoire. On soumit le malade à un traitement ioduré. Aucun changement ne se produisit jusqu'au 9 mai (11^{me} jour de l'anasar-

que). Après le malade tomba dans un état d'assoupissement continu, mais peu profond. Nuits un peu agitées. Jusqu'au 8 juin, il ne survint aucun phénomène nouveau et l'anasarque, les épanchements pleuraux restèrent à peu près stationnaires. L'assoupissement avait diminué peu à peu. A partir de cette époque, l'acuité visuelle s'affaiblit considérablement et ne revint qu'au bout de quinze jours. Malgré le traitement spécifique, l'état du malade ne s'améliorait pas. Le 15 juillet (80^{me} jour de l'anasarque) il était encore obligé de garder le lit. Infiltration très grande de l'abdomen et des parties génitales, œdème dur des membres inférieurs avec larges plaques érythémateuses, saillantes, mamelonnées, dans la région fessière et à la partie supérieure des cuisses. Ascite très abondante. Double épanchement pleural. Oppression très prononcée. Râles muqueux des deux côtés. Rien au cœur. Urines toujours très albumineuses.

Du 15 juillet au 15 août, la situation devint de plus en plus grave, les urines se chargèrent de plus en plus d'albumine, et leur quantité tomba progressivement à 800, 700, 500 et 300 grammes par jour. Les accidents du côté du thorax s'accroissent ; augmentation de l'anasarque et de l'épanchement thoracique dans les deux plèvres, orthopnée, insomnie complète. Plusieurs fois crises terribles de suffocation, imminence de mort. Délabrement de la santé générale ; très grand amaigrissement.

Dans la seconde moitié d'août il y eut un peu d'amélioration, puis une rechute en septembre. A partir de cette époque ce fut du côté de l'abdomen que l'aggravation se produisit. L'ascite augmenta dans une proportion telle qu'on fut obligé de pratiquer la paracenthèse le 12 octobre (5^{me} mois 1/2 de l'albuminurie, 10^{me} mois et demi de la syphilis), on retira quatorze litres de liquide. Les jours suivants, amélioration générale ; les épanchements pleuraux diminuèrent, les urines devinrent moins rares.

Le 8 novembre, on fit une nouvelle paracenthèse, et on retira

six litres de liquide. Le mieux continua, mais fut lent et entrecoupé par de petites rechutes, sans importance. En décembre, il n'y avait presque plus d'épanchement dans les plèvres, et la respiration était facile : l'anasarque avait beaucoup diminué : les urines étaient plus abondantes et moins albumineuses.

Le 8 janvier 1878 (9^{me} mois et demi de la néphropathie, 14^{me} mois et demi de la syphilis) bien que l'anasarque fût un peu revenue, tout danger avait disparu et la guérison paraissait prochaine et assurée. Il y avait cependant toujours une forte proportion d'albumine dans les urines.

Ce malade resta encore à l'hôpital du Midi, jusqu'au mois d'avril 1878. Après un séjour d'une année, il en sortit guéri de son anasarque et de ses épanchements pleuraux et abdominaux, qui avaient, à un moment, compromis son existence. Il ne lui restait aucune manifestation syphilitique.

Mais il avait de l'albumine dans les urines.

Il était à la deuxième année et demie de sa syphilis et environ au douzième mois de l'anasarque et de l'albuminurie.

Je revis M. A... le 5 juillet 1880, quatre ans et trois mois après le début de la néphropathie. Il avait une mine excellente ; sa santé était bonne ; il était méconnaissable. Cependant, il trouvait que ses forces avaient un peu diminué et qu'il se fatiguait plus vite qu'autrefois. Aucune manifestation cutanée, muqueuse ou autre, de nature syphilitique, n'était survenue depuis trois ans. L'œdème ne s'était pas reproduit depuis sa sortie de l'hôpital. Aucune lésion cardiaque. Toutes les fonctions s'exécutaient bien. Pas de troubles de la vue depuis sa maladie. Rien du côté de l'abdomen. Urines d'apparence normale ; elles contenaient cependant encore un peu d'albumine.

OBSERVATION VIII

Albuminurie et anasarque survenues sans autre cause que la syphilis, au deuxième mois et demi de cette maladie. Disparition rapide de l'œdème en deux ou trois semaines. Persistance de l'albuminurie, malgré la guérison apparente de cette néphropathie précoce (1).

M... X..., âgé de 31 ans, vint me consulter le 30 novembre 1875. Il exhalait une très mauvaise odeur de plaques muqueuses, et la figure était couverte de taches de roséole. Il me raconta qu'il n'était dans cet état que depuis quatre ou cinq jours, qu'auparavant, il n'avait jamais eu qu'une hémorrhagie. Je constatai sur la verge une balano-posthite, avec ulcérations larges et profondes du gland, en voie de cicatrisation. Adénopathie spécifique des ganglions du cou. Roséole érythémateuse, rouge, confluyente.

Huit jours auparavant cet homme avait été pris de fièvre, de maux de tête et de courbatures, suivis deux ou trois jours après d'une anasarque qui avait débuté par la face et bientôt envahi tout le corps. Depuis un mois environ les urines étaient épaisses, rouges, sanguinolentes et sédimenteuses. Pas de maux de rein.

Le patient ignorait qu'il eût eu des chancres infectants, et ne pouvait pas par conséquent dire à quelle date précise remontait sa syphilis ; mais il était visible qu'elle était récente, et ne comptait pas plus de deux mois et demi à trois mois d'existence. Je cherchai vainement des causes autres que la syphilis pour expliquer son anasarque. Je n'en découvris aucune.

1. Mauriac, 1890.

La diffusion séreuse généralisée était trop considérable.

Il n'y avait pas d'épanchement dans les cavités séreuses.

Les urines troubles et légèrement teintées de sang contenaient une énorme proportion d'albumine.

La fièvre était tombée. L'anasarque ne datait que de six jours. Je prescrivis un traitement mixte ioduré et hydrargyrique.

Je revis ce malade le 25 janvier 1876, deux mois et quelques jours après le début de la néphropathie. Il avait une violente stomatite mercurielle, quoiqu'il n'eût pas pris plus d'hydrargyre que d'habitude.

Il me raconta que le gonflement de tout le corps n'avait duré que quelques semaines, qu'il avait persisté un peu plus longtemps aux jambes, mais que celles-ci n'enflaient plus du tout depuis un mois.

Je m'assurai que les urines étaient toujours troubles, sanguinolentes, et contenaient encore beaucoup d'albumine. Cependant les extrémités inférieures, les supérieures, la figure, ne présentaient pas trace d'œdème.

Aucun épanchement dans les séreuses. Santé générale très bonne. Toutes les manifestations syphilitiques avaient disparu. Cet homme ne voulait pas croire qu'il eût été et qu'il fût sérieusement malade encore. Il habitait la province et il y revint, convaincu qu'il était complètement guéri. Je ne l'ai pas revu.

OBSERVATION IX

Albuminurie et anasarque survenues sans autre cause que la syphilis, vers la cinquième semaine de cette maladie. Double épanchement pleural. Guérison de cette néphropathie précoce au bout de cinq semaines (1).

M. Ch..., 42 ans, palefrenier, entré le 22 septembre 1884, à l'hôpital du Midi, salle n° 9, avait eu, dans les derniers jours de juillet de la même année, un chancre préputial infectant. Quatre ou cinq semaines après, roséole maculeuse confluyente à teinte purpurine.

Cet homme s'était toujours bien porté jusque-là, et on ne découvrait dans ses antécédents aucune circonstance étiologique de nature à altérer les reins et à troubler leur fonctionnement. Santé parfaite avant le chancre ; pas d'excès alcooliques, pas de refroidissement, hygiène convenable, aucune trace de néphropathie dans ses antécédents.

Néanmoins, au commencement de septembre (cinquième semaine de la syphilis), les bourses, les pieds et les jambes s'infiltrèrent de sérosité, et un épanchement pleural double, plus prononcé à droite qu'à gauche, ne tarda pas à se produire. Urines très albumineuses. L'anasarque atteignit son maximum vers le 24 septembre. Le 16 octobre (cinquième semaine de la néphropathie), il avait disparu, et il n'existait plus d'épanchement dans les plèvres. Le 30 octobre, le malade sortit guéri. Pendant son

1. Horteloup, Mauriac, 1890.

séjour à l'hôpital, il avait été soumis au régime lacté, et sa syphilis avait été traitée par des pilules de sublimé et des frictions mercurielles.

OBSERVATION X

Syphilis chez un sujet chétif et incomplètement développé. Deux mois après son début, anasarque et albuminurie. Gravité et processus rapide des accidents de cette néphropathie syphilitique. Troubles cérébraux et gastro-intestinaux. Mort à la cinquième semaine de la syphilis rénale. A l'autopsie lésion du gros rein blanc.

M. L... Georges, âgé de 17 ans, garçon boucher, entré le 27 septembre 1884, salle 12, lit 6, hôpital du Midi, avait toutes les apparences d'un adolescent, dont la croissance avait été retardée par quelque cause pathologique constitutionnelle. Cependant on ne découvrait chez lui aucun antécédent scrofuleux ; à l'âge de huit ans, il avait été atteint d'une fièvre typhoïde grave, de trois mois de durée. Incomplètement développé pour son âge, il n'avait pas encore de poils au pubis ni dans les aisselles.

Très précoce au point de vue génital, il avait contracté une uréthrite légère trois ans auparavant, à l'âge de quatorze ans. Et maintenant, il était atteint d'une syphilis dont le début remontait à deux mois et demi. Dans les premiers jours de juillet, il avait eu en effet un chancre préputial compliqué de phimosis.

Au moment de son entrée, syphilide papulo-squammeuse généralisée récente. Plaques muqueuses anales. Alopecie.

Les antécédents de ce garçon si chétif, n'étaient pas mauvais. Il était placé dans de bonnes conditions hygiéniques, n'avait point d'habitudes alcooliques, et n'était pas exposé à des causes continuelles de refroidissement. Le 23 septembre, il avait cependant passé trois heures de nuit, couché sur le trottoir, à la suite d'excès. Mais ce ne fut point la cause de la néphropathie dont nous allons parler, car les premiers symptômes de celle-ci s'étaient déclarés dès le 12 du même mois (deuxième mois révolu de la syphilis).

A cette époque, en effet, le malade avait remarqué que sa face était tuméfiée, surtout le matin, et que le soir les extrémités inférieures étaient et devenaient de plus en plus enflées. Au moment de son entrée, l'anasarque était très développée et presque tout le tissu cellulaire sous-cutané était infiltré d'une abondante quantité de sérosité. Urines rouges, sanguinolentes, rares et chargées d'albumine.

Des symptômes plus graves ne tardèrent pas à se montrer : troubles gastriques, vomissements.

Assoupissement presque continu sans céphalalgie.

Pas d'amblyopie. Anxiété respiratoire, palpitations, sans lésions cardiaques, ni épanchement dans les plèvres.

La situation ne tarda pas à devenir très inquiétante. L'estomac était incapable de tolérer la médication spécifique, et tous les traitements successifs qu'on tenta pour enrayer les progrès rapides de la néphropathie n'eurent aucun résultat. Les urines contenaient toujours une grande quantité d'albumine et restaient sanguinolentes. L'anasarque avait beaucoup augmenté, le 9 octobre (quatrième semaine de la néphropathie) ; l'assoupissement devenait de plus en plus profond et continu. Ascite.

Dans les trois derniers jours d'octobre, et les quatre premiers de novembre, l'œdème augmenta, les selles devinrent plus fréquentes, les phénomènes cérébraux s'accrochèrent de plus en

plus, et le malade succomba le 4 novembre à dix heures du matin (42° jour de la néphropathie, 120° de la syphilis).

Autopsie. — Faite 24 heures après la mort : Le foie était un peu augmenté de volume. Tous les autres organes étaient sains, sauf les reins qui offraient le type du *gros rein blanc*. La surface extérieure du rein gauche était plus blanche que celle du rein droit. Cette dernière présentait par places un semis rouge.

Décortication facile, la capsule des reins n'étant pas adhérente au parenchyme sous-jacent. On ne fit pas l'examen histologique de ces lésions.

OBSERVATION XI (résumée) (1).

Deux ans et demi après le début d'une syphilis à accidents consécutifs superficiels, circonscrits et peu tenaces, albuminurie et anasarque sans aucune cause occasionnelle. Symptômes graves. Ponction abdominale. L'amélioration ne se produisit que quand on traita le malade par l'iodure de potassium et les frictions mercurielles. Guérison au bout de quatre mois.

OBSERVATION XII (résumée) (2).

Au cinquième mois d'une syphilis bénigne, apparition, sans autre cause que la maladie spécifique, d'une anasarque et d'une albuminurie.

1. Cohadon.
2. Negel.

Dans les urines, présence de microbes mobiles, en forme de micrococcus, ou de petits bâtonnets cylindro-granuleux, amas de cellules épithéliales, nombreux cristaux d'urates, globules rouges très abondants.

Guérison de l'anasarque, au bout d'un mois, par un traitement spécifique. Au bout de cinq mois, les urines contenaient encore 0,50 centigrammes d'albumine par litre. On y trouvait à peine quelques cylindres granuleux et quelques globules rouges.

OBSERVATION XIII (résumée) (1).

Deux mois après le début d'une syphilis avec roséole intense, suivie d'une syphilide papulo-squammeuse : albuminurie, anasarque, état général grave, gastralgie. Traitement spécifique mixte. Régime lacté ; stomatite mercurielle.

L'albumine tomba de 110 grammes qui fut son maximum quotidien à 10 grammes en six jours, le traitement spécifique ayant été institué. La quantité d'urée, de 40 grammes pour les vingt-quatre heures, s'éleva à 53 grammes et après des oscillations, descendit jusqu'à 22 grammes. Il y eut ensuite deux nouveaux maxima de 44 à 48 et demi pour se terminer par 23 grammes.

Guérison très rebelle de la stomatite mercurielle.

Guérison de la néphrite au bout de deux mois.

OBSERVATION XIV (résumée) (1).

P. L..., 22 ans, avait la syphilis depuis deux mois : plaques muqueuses, syphilide papuleuse, croûtes dans les cheveux, lorsqu'il fut pris d'anasarque avec albuminurie, sans cause plausible. Au bout de 35 à 40 jours, érysipèle de la jambe gauche, pneumonie et mort. *Autopsie*. Reins notablement augmentés de volume et pâles. Substance corticale plus altérée que la tubuleuse. Elle est hypertrophiée, légèrement rosée, parsemée de stries et de petites taches d'un blanc jaunâtre, avec nombreux prolongements entre les pyramides qui semblent les étrangler. Pas de sclérose du rein. Dans les canalicules de la substance corticale cellules infiltrées d'une grande quantité de granulations graisseuses plus abondante dans les points jaunâtres. Quelques corps fusiformes, dans les espaces intercanaliculaires. Altérations épithéliales moins prononcées dans la substance tubuleuse. OEdème et engorgement pulmonaire.

OBSERVATION XV (résumée) (2).

Quatre ans après le début d'une syphilis légère, anasarque, ascite, albuminurie. Vives douleurs lombaires : urines sanguinolentes. Traitement mercuriel ; stomatite intense. Amélioration très grande au bout d'un mois. Plus tard, iritis. Encore un peu

1. Perroud.

2. Perroud.

d'œdème et d'albuminurie au quatrième mois de la néphropathie.

OBSERVATION XVI (résumée) (1).

J. M..., 23 ans, atteint d'une syphilis légère depuis neuf mois, fut pris sans cause appréciable, de frissons, de nausées, de vomissements, et d'œdème des extrémités inférieures. Symptômes d'une albuminurie très aiguë pendant quinze jours. Grande quantité de sang et d'albumine dans les urines ; fièvre, dyspnée, crachats sanguinolents. Traitement spécifique mercuriel et ioduré. Salivation. Amélioration très grande au bout de quinze jours ; persistance d'une très faible quantité d'albumine dans les urines pendant deux mois.

OBSERVATION XVII (résumée) (2).

B..., 33 ans, anasarque et albuminurie, cinq mois après le début d'une syphilis avec éruption papulo-squameuse. Amblyopie, céphalée.

Amélioration au bout de deux mois. Persistance de l'albuminurie. Aucune autre cause que la syphilis.

1. Burckmann.

2. Barthélemy.

OBSERVATION XVIII (résumée) (1).

V. Ch..., 33 ans, atteint d'une syphilis peu grave depuis trois ans, fut pris subitement et sans cause appréciable, d'œdème des membres inférieurs. Anasarque, dyspnée. Urines très chargées d'albumine. Troubles gastriques et intestinaux. Deux mois après le début de l'albuminurie, suppuration profonde dans la fosse droite. Mauvais état général.

Phlegmon et abcès de la cuisse droite. Guérison au bout de six mois, mais persistance de l'albumine dans les urines pendant neuf mois.

OBSERVATION XIX (résumée) (2).

Vers la sixième semaine de l'accident primitif, et en pleine roséole syphilitique, apparition, chez un jeune homme de 19 ans d'une anasarque avec ascite, hydrothorax, et urines albumineuses.

Traitement mercuriel, salivation. Iodure de potassium.

Guérison au bout d'un mois. Les urines avaient présenté des globules rouges en grande quantité, des cylindres hyalins, dont quelques-uns contenaient des cellules épithéliales en voie de dégénérescence graisseuse.

1. Barthélémy.

2. Wagner.

OBSERVATION XX (résumée) (1).

D. E..., âgé de 21 ans, atteint depuis six mois d'une syphilis à manifestations superficielles et bénignes, fut pris, sans aucune cause, autre que sa syphilis, d'anasarque et d'albuminurie. Peu d'albumine dans les urines. Néphropathie très légère dans ses symptômes propres, mais accompagnée d'une suppuration des glandes cervicales, d'un petit phlegmon du bras et de salivation. Guérison en 4 ou 5 semaines.

OBSERVATION XXI (résumée) (2).

Un jeune homme de 20 ans, syphilitique depuis deux mois, et atteint de plaques muqueuses, de roséole, d'alopécie, devint tout à coup sans cause connue, albuminurique et œdématié dans la moitié inférieure du corps. Globules blancs, globules granuleux, cylindres hyalins dans les urines, mais pas de globules rouges. Plus tard, rupia, épuisement rapide et mort, deux mois environ après l'invasion de l'anasarque. A l'autopsie, on trouve le gros rein blanc. Les pièces destinées à l'examen histologique furent égarés.

1. Negel.

2. Remy.

OBSERVATION XXII (résumée) (1).

G..., 26 ans, syphilitique, depuis quatre ou cinq semaines environ, fut pris, en même temps que de la roséole spécifique, de fièvre, de céphalalgie, de nausées, et d'un œdème généralisé avec prédominance à la face et aux membres inférieurs. Troubles gastro-intestinaux. Malgré leur coloration rouge foncé, les urines ne contenaient que quelques globules sanguins ; mais on y trouvait des cylindres déformés. La quantité d'albumine rendue en vingt-quatre heures était de 36 grammes. Pendant un mois le malade présenta les symptômes d'une néphrite albumineuse aiguë. Sous l'influence de la teinture d'iode administrée à l'intérieur les urines devinrent moins albumineuses, tout en contenant encore des cylindres, et le malade fut guéri.

OBSERVATION XXIII (résumée) (2).

A..., 23 ans, chancre de la lèvre supérieure, au quatrième mois de la syphilis, albuminurie et anasarque, coïncidant avec des nodosités sous-cutanées qui adhéraient au fascia lata et aux tendons de la patte d'oie. Flots d'albumine dans les urines. Guérison en quatre mois par le protoiodure de mercure.

1. Labadie-Lagrave.

2. Bourcy

OBSERVATION XXIV (résumée):

Le D^r Ch. Drysdale (1) a relaté l'histoire clinique d'un malade atteint de néphrite aiguë d'origine syphilitique, chez un homme âgé de 28 ans, dont l'infection ne remontait qu'à dix mois. La marche fut rapide et le malade succomba. Il rapporte en outre plusieurs cas de néphrite aiguë, qu'il a eu à soigner, chez des adultes arrivés à la période tertiaire, et présentant aussi des gommes des parties molles et des lésions des os. Son opinion est que l'iodure de potassium a été rarement utile dans ces cas et que le pronostic reste ordinairement très mauvais. Le D^r Drysdale est d'avis que les reins sont avec le cerveau et le foie, les viscères, le plus fréquemment attaqués par une inflammation ou un néoplasme de nature syphilitique. D'après lui un grand nombre de ces albuminuries syphilitiques chez des adultes sont souvent attribuées à des causes non suspectes. Leur début est insidieux, leur terminaison fatale, malgré le traitement institué, elles ne surviennent que tardivement dans le cours de la syphilis. Cependant il en a vus de précoces après quelques mois d'infection, mais ces cas sont rares.

OBSERVATION XXV (résumée) (2).

Un jeune homme, âgé de 23 ans, atteint d'une syphilis en apparence légère, eut au bout de deux ans un œdème des mem-

1. Drysdale.

2. Wagner.

bres inférieurs, dont il guérit en quinze jours. Quatre ans après le début de la syphilis, affection spécifique des organes génitaux, traitée par le mercure et l'iodure de potassium. C'est alors qu'il fut pris de douleurs très fortes dans la poitrine, de dyspnée et d'un œdème des extrémités inférieures qui ne tarda pas à se généraliser. Bientôt après, ascite, hydrothorax.

Urines très albumineuses contenant une grande quantité de cylindres, les uns gras, les autres remplis de globules rouges ou blancs et de cellules épithéliales granuleuses, etc. Cœur volumineux. Psoriasis palmaire et plantaire. Amygdales ulcérées. Etat général grave. Cette néphropathie empire de plus en plus, et au cinquième mois de sa durée le malade fut rapidement emporté par des accidents convulsifs et comateux.

Autopsie. — Un peu de rétinite du côté droit. Dilatation et hypertrophie légère du ventricule gauche, gros rein blanc qui ressemble à un rein gras (Speckmère). La surface des reins est lisse, jaunâtre, avec de petits points blancs et un peu d'hémorrhagie.

Substance corticale deux fois plus épaisse qu'à l'état normal. L'épithélium des canalicules urinifères de la substance corticale est un peu gras, et dans les parties jaunâtres la dégénérescence grasseuse des cellules est plus marquée. Les glomérules de Malpighi sont de moyen volume et renferment beaucoup de noyaux et de cellules épithéliales très multipliées.

Quelques-uns ont une capsule très épaissie. Dans leur voisinage infiltration de petites cellules très nombreuses en certains endroits. Un peu de tissu fibreux dans la substance corticale, avec atrophie des canalicules urinifères et des glomérules. Partout ailleurs le stroma est mou et anémié. Artères normales. Calibre des vaisseaux afférents très étroit.

OBSERVATION XXVI (résumée) (1).

Un homme âgé de 39 ans, était en pleine roséole syphilitique généralisée, lorsque sans cause appréciable, ses urines diminuèrent de quantité et devinrent rougeâtres, sédimenteuses et albuminuriques. On y découvrait des cylindres hyalins, des cellules épithéliales, des globules rouges, des cellules graisseuses. Iritis.

Douleurs articulaires. Fièvre. Traitement mercuriel bientôt suivi d'une salivation abondante (deuxième mois de la syphilis).

Pendant trois mois, l'état général fut mauvais, puis il s'améliora un peu ; mais la poitrine était malade. Un an après le début de l'albuminurie, symptômes d'induration au sommet du poumon gauche. Pas d'œdème (il n'y en avait jamais eu). Urines toujours sanguinolentes et albuminuriques. Enrouement, infiltration intense de la corde vocale supérieure gauche, etc., etc. Ce malade mourut quinze jours environ après l'apparition de la roséole syphilitique. Il avait eu des chancres quelque temps auparavant. Il en avait contracté aussi à l'âge de dix-huit ans.

Autopsie. — Phthisie pulmonaire. Ulcérations laryngées probablement syphilitiques. *Reins.* De volume normal avec de très fines granulations à leur surface, plus dures que le reste de l'organe. Substance corticale infiltrée de petites cellules ; canalicules étroits et atrophiés. Glomérules à capsule épaissie ; contenant entre leur capsule et leurs capillaires une grande quantité

de cellules épithéliales et quelques globules rouges. Beaucoup de canalicules sont remplis de globules rouges, blancs ou de cellules épithéliales graisseuses. Quoique le stroma soit normal on ne trouve presque pas de glomérules intacts. La tunique interne des artères rénales de moyen calibre est hypertrophiée. Cœur normal.

CONCLUSIONS

1° La syphilis, à la période secondaire, peut d'une façon précoce déterminer une néphrite soit aiguë, soit chronique d'emblée.

2° Le nom de syphilis brightique précoce est préférable à celui de syphilis rénale parce qu'il donne une idée meilleure de l'aspect général de la maladie, qui n'est pas une albuminurie simple.

3° La syphilis brightique précoce, se caractérise essentiellement, par l'action que le traitement spécifique a sur son développement et son aspect général.

4° Il est formellement indiqué d'administrer le traitement spécifique, à tous les syphilitiques qui deviennent albuminuriques, alors même que les apparences sont contraires à l'hypothèse d'une intervention de la syphilis dans la pathogénie de l'affusion. Le traitement est celui des manifestations de la syphilis secondaire. Le mercure sera employé de préférence en frictions.

5° Il est prudent d'analyser de temps en temps l'urine des syphilitiques, puisque l'albuminurie, peut exister sans anasarque ni œdème. On pourrait ainsi prévenir l'oppression des signes graves par le traitement.

Vu par le Président de la thèse,
CHARCOT

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- Atkinson.** — Étiologie du mal de Bright (KI), 1883.
- Axel Key.** — Hygica, 1877. Deux cas de syphilis des reins et du cœur.
- Atlas of Pathology.** New Sydenham Society. Fascic. I, 1879.
- Bamberger.** — Volkmann's Samml. Klin. Voch., 1879, n° 175.
- Bartels.** — Ziemsseno Cyclopædia et Volkmann's Sammlung.
- Barthelemy.** — Annales de dermatologie, 1881.
- Barde.** — De syph. renum affectionibus. Berlin, Diss., 1863.
- Bazin.** — Leçons sur la syphilis et les syphilides, 1866.
- Beer (Arnold).** — Die Enigeneides syphilis, 1867.
- Belhomme et Martin.** — Traité de la syphilis, 1876.
- Boukkeiff.** — Etude sur les néphrites syphilitiques précoces. Th. Paris, 1889.
- Bouchard.** — Congrès médical de Londres, 1881.
— Revue de méd., 10 août 1881.
- Bradley.** — Britisch. méd. Journ., février 1871.
- Bruzeli.** — Sclérose atrophique limitée à la moitié des deux reins, 1877.
- Burkman.** — Deutsche méd. Woch., n° 4, 1880.
- Cornil.** — Mémoires sur les lésions anat. du rein dans l'albuminurie. Th. Paris, 1864.

— Leçons sur la syphilis, 1879.

Cornil et Brault. — Lésions anatomiques du mal de Bright.

Charcot. — Condit. Pathog. de l'albuminurie. Progrès médical, 20 nov. 1880. Progrès médical, 22 janvier 1881.

Coupland. — Transact. of the Path. soc., 1876, 27, p. 305.

Chvostik. — Wiener méd. Woch., n° 33.

Cuffer. — Bull. Soc. anat., 1874, p. 844.

Chauffard. — Progrès méd., 1881. Dégén. amyl. généralisée, syphilis tertiaire.

Coupland. — The méd. times and gaz. (vol. 1, 1880, janvier 20).

Cohadon. — Albuminurie dans le cours des accidents secondaires de la syphilis. Th. Paris, 1882.

Descouts. — Th. Paris, 1878.

Drysdale. — Albuminurie syphilitique (Brit. med. Journ., 1879).

— Practitioner, 1884, vol. II, p. 87.

Day W. H. — Brit. méd. associat. (Brit. med. Journ., 25 août 1877, p. 252.

Dickinson. — Croonian Lectures, 1876 et Lancet 1876, vol. I, p. 627.

Diculafoy. — Pathologie interne. Tome II, p. 452, édition 1888.

Frerichs. — Die Bright. Nievenk. und deren Behandlung, Branschweig, 1871.

Fournier. — Maladies syphilitiques.

Fungel. — Klin. Mittheilungen, etc. Hamburg., 1861.

Guiol. — Essai sur l'alb. syphil. Th. Paris, 1867.

Gaetano Pollucci (il Morgagni, 1874). Clinica contani.

Greenfield. — Syphil. Gumm. in Kidney. Path. soc., p. 741, 1870.

- Pathological transactions, 1876, p. 313.
- Grainger Stewart.** — A practical. Treatise on Bright's diseases of the Kidney's. New-York, 1872.
- Huber.** — Gommès du rein, etc. (Revue Hayem, tome X).
- Hardy.** — Union médicale, 1878, 1^{er} avril.
- Homolle.** — Maladies syphil. du rein. Dict. Jacc., t. XXXIV, p. 810, 1883.
- Hill et Cooper.** — Syphilis and Local contagious disorders, 2^me édition, p. 286.
- Hutchinson.** — Syphilis, édition 1889, p. 38.
- Jullien.** — Maladies vénériennes, 1879.
- Jacksch et Finger.** — Deutsche Klin, 1850.
- Jaccoud.** — Leçons cliniques de la Pitié, 1887.
- Klebs.** — Tr. d'anat. pathol., 1870.
- Klebs.** — Archiv. für exper. path. und Pharmak. T. X, p. 161, 1879.
- Key.** — Casi di sifilomi du rein, giornal delle mal. vener., 1878, p. 365.
- Lancereaux.** — Etude sur les lésions viscérales. Gaz. hebdom., 1864.
- Lancereaux.** — Syphilis, 1866.
- Lecorché.** — Maladies des reins, 1875.
- Lecorché et Talamon.** — Etudes médicales, 1881.
- Lecorché et Talamon.** — Mal de Bright.
- Lépiné.** — Revue de méd., 1880 et 1882.
- Labadie-Lagrave.** — Dict. de méd. et de chir. prat. Article Reins, Tome.
- Lee.** — « Lancet » 1868, vol. I, p. 621, vol. II, p. 109
- Lee.** — « Lancet » 1890, vol. 7, p. 540.
- Martinet.** — Union médicale, 1881.
- Mannino.** — Etude sur un cas d'hématurie paroxystique syph., Gaz. A. Ospit., n° 65.

- Mauriac.** — Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire, 1890.
- Messenge-Bardley.** — Hydropisie rénale syphil. Ann. derm. ch. syphil. T. III. P. 384, 1871.
- Muri.** — Ermylotinurié e sifilide. La Rivista clinica di Bolsyna, 1885.
- Moxon.** — Guys, Hospital Reports, 1868.
- Mackenzie.** — Pathological. Transactions, 1871, p. 34.
- Negel.** — De la syphilis rénale. Th. Paris, 1882.
- Niemeyer.** — Pract. médecine. American, édition, vol. II, p. 771.
- Oulmont.** — Syph. osseuse et viscé. chez l'adulte. Soc. anat., avril 1878.
- Pollnow.** — Inaug. dissertation. Berlin, 1874.
- Perroud.** — Journ. de méd. de Lyon, 1867.
- Potain.** — Gaz. des Hôpitaux, n° 151, 1878.
- Parrot.** — Leçons cliniques sur l'athrepsie, 1877.
- Pleischl.** — Und Klob Wiener med. Wochenschrifh, 1870, p. 113.
- Paolucci.** — Il morgagni, 1874, Disp. VI.
- Bayer.** — Traité des mal. des reins. Paris, 1840.
- Racchi.** —
- Raymond.** — Mal. de bright. chez un syphilit. Progrès méd., 1874, p. 428.
- Ribbert.** — Med. central bl., 1879, n° 47, 1801, n° 17.
- Rosenstein.** — Tr. pratique des mal. des reins, traduit par Bottentint et Labadie-Lagrave.
- Rokitansky.** — Lehrbuch der pathol. anat. Bd. 2, 1842.
- Rundow.** — Syphil. diseas. of the kidney. Saint-Pétersburg med. Zeitsch. T. VI, p. 256.
- Spiess.** — Ueber die vershiedenen nirenaff. bei syphil. Berlin, Dissert., 1877.

- Schumacher.** — Des rapports de l'hémiglobinurie avec la syphilis. Berlin. Klin. Wochens., n° 22, p. 254, juni 84. Anna, dermat. 188, 3715.
- Semenda.** — Polyurie syphilitique. Gazette des Hôpitaux, p. 260, 1881.
- Sydney Philipps.** — Diabètes insipidus from syphilis, British med. journ., p. 1020, novembre 1883.
- Sonthey.** — Ranking's abstracts, 1873, vol. II, p. 87.
- Thouvenel.** — Gazette des Hôpitaux n° 74, 1858.
- Tommasoli Pierleone** (de Rome). — Arch. Nat. di clin. med., XXVII, 3 août 1888. Sulla sifilide dei reni.
- Taylor Frederick.** — Traité de médecine, p. 723.
- Wirchow's.** — Archives 1858, XV, p. 314.
- Wirchow.** — Syph. constit. (Trad. Française, 1859).
- Winkel.** — Soc. méd. de Dresde (Berlin. klin. Wochens, 1874, n° 28, p. 343).
- Wagner.** — Deutsch. Arch. für. Klin. med. 1880. Band XXVIII, heft. I, p. 94. La syphilis constitutionnelle et les affections rénales qui en dépendent.
- Wagner.** — Mortus Brightii, 1882.
- Weigert.** — Maladies des reins.
- Welander.** — Med. Arch. Kir., XXII, 29.
- Zeissl.** — Tr. de la syphilis et des affections vénériennes. Stuttgart, 1871.

SUPPLÉMENT DE LA BIBLIOGRAPHIE.

- Atkinson.** — *American Journal of the med. H. P.* 17 juillet 1881.
- Barthélemy.** — *Bulletin médical*, 22 mai 1887. Syphilis du rein.
- Casarini.** — *Revista di. sc. med.*, n. 1, 1888. De l'albuminurie syphilitique.
- Colvis.** — *Union médicale*, 3 avril 1883. Accidents secondaires rebelles. Albuminurie syphilitique traitée avec succès par l'eau de Challes.
- Dreyfus-Brissac.** — *Gazette hebdomadaire*, n. 20, P. 229, 1883. De l'albuminurie à la période secondaire de la syphilis.
- Horteloup.** — *Annales de dermatologie*, VII, n. 10. Note sur l'albuminurie syphilitique.
- Horteloup.** — *Union médicale*, 23 nov. 1886. Rapport sur 4 observations d'albuminurie survenus chez des syphilitiques dans le cours d'accidents secondaires.
- Lachkeisch.** — *Progrès médical*, 30 avril 1887. De la syphilis viscérale.
- Lemaistre.** — *Journ. soc. méd. Haute-Vienne*. Avril 1888. Gommès du péritoine du cœur et des muscles.
- Marchiafava.** — *Arch. fur le scienze méd.*, VIII, fase, 4. Altérations des reins dans la syphilis héréditaire.
- Mauriac.** — *Arch. gén. de médecine*, octobre 1886. Syphilis des reins:

Schwester. — Wien, méd. Halb., n. 41-42. Sur l'état de la rate et des reins au début de la syphilis.

Vallas. — Province médicale, 4 février 1888. Manifestations rénales de la syphilis.

Vignerot. — Arch. gén. de Méd., nov. 1891. Sur l'étiologie des néphrites.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.	7
CHAPITRE I. — Historique.	13
CHAPITRE II. — Les néphropathies syphilitiques précoces. Sont-elles fréquentes et peuvent-elles être imputées au traitement.	19
CHAPITRE III. — Symptômes.	25
Complications.	28
Marche.	29
Terminaisons	30
Pronostic	30
CHAPITRE IV. — Diagnostic	33
CHAPITRE V. — Traitement	39
Observations.	43
Conclusions	91
Index bibliographique.	93

